T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PAZARLAMA ANABİLİMDALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İLAÇ SEKTÖRÜNDE İLETİŞİM KANALLARINA YÖNELİK CRM UYGULAMALARININ HEKİMLERİN İLAÇ TERCİHLERİNDEKİ ROLÜ ÜZERİNE PİLOT BİR ARAŞTIRMA

OLKAN BUDAK
2501413023

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR.SEMA KURTULUŞ

İSTANBUL 2010

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ONAYI

Enstitümüz **PAZARLAMA** Bilim Dalında **2501413023** numaralı **OLKAN BUDAK'ın** hazırladığı hazırladığı **"İLAÇ SEKTÖRÜNDE İLETİŞİM KANALLARINA YÖNELİK CRM UYGULAMALARININ HEKİMLERİN İLAÇ TERCİHLERİNDEKİ ROLÜ ÜZERİNE PİLOT BİR ARAŞTIRMA"** konulu **YÜKSEK LİSANS/** ~~**DOKTORA TEZİ**~~ ile ilgili **TEZ SAVUNMA SINAVI,** Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 15.Maddesi uyarınca **26.04.2010 Pazartesi** günü saat **10.00'da** yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin .....Kabul..... 'ne* ~~**OYBİRLİĞİ**~~ **/OYÇOKLUĞUYLA** karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ(*)	İMZA
PROF.DR.SEMA KURTULUŞ	Kabul	
DOÇ.DR.AHMET ŞEKERKAYA	RED	
DOÇ.DR.ABDULLAH OKUMUŞ	Kabul	
DOÇ.DR.BURCU CANDAN	KABUL	
YRD.DOÇ.DR.CENK ARSUN YÜKSEL	KABUL	

Adres: Besim Ömerpaşa Caddesi Kaptan-ı Derya Sokağı 34452 Beyazıt/İstanbul
Tel: 0212 440 00 00 / 14219-14220-14221-14222-14226-14227-14243
Fax: 0212 440 03 40 e-mail: sbe@istanbul.edu.tr

ÖZ

İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Pazarlama Anabilim Dalı'nda "İlaç Sektöründe İletişim Kanallarına Yönelik CRM Uygulamalarının Hekimlerin İlaç Tercihlerindeki Rolü Üzerine Pilot Bir Araştırma" konulu yüksek lisans tezi olarak hazırlanan bu çalışmada; Genel olarak CRM(Costumer Relationship Management; Müşteri İlişkileri Yönetimi) uygulamaları ve gelişim süreçlerine açıklık getirilerek, İlaç firmalarının karar süreçlerinde etkili olan "Hangi CRM uygulamasının ne oranda kullanımının en verimli olduğu" temel sorununa yanıt alınmaya çalışılmıştır.

İstanbul bölgesinde yapılan bu araştırma, hekimlerin ilaç tercihinde etkili olan CRM uygulamalarını belirlenmeyi amaçlamıştır. Ayrıca ilaç firmalarının son dönemlerde uygulamaya başladıkları teknoloji ağırlıklı CRM uygulamalarının hekimler algılarında ne ölçüde kabul gördüğü ve ilaç tercihlerinde etkili olduğu konusuna açıklık getirilmiştir.

ABSTRACT

In this Thesis Of Master's Degree, this is the research of the pharmaceutical industry based on the effects of the presentations and CRM applications acting on the medicine choices of the doctors. This is done by both interpretation and the developments of the CRM applications. There are questions that affect the Pharmacutical companies in their decisions; "For each CRM application, which rate of implimentation is the most efficient?" at the "Istanbul University Institution Of Social Sciences Major Department Of Marketing"

The aim of this investigation realized in Istanbul is to identify the effects of the CRM applications while the doctors are choosing the medicine. On the other hand, interpretation of the acceptance rate and the effects on Doctor's choices of the technology-based CRM applications that are implimented by the pharmacutical companies in the last period is mentioned.

ÖNSÖZ

Son dönemlerde teknolojik gelişmelerin hızla artmasıyla firmalar müşterileriyle iletişime geçebilecekleri farklı iletişim kanallarını da uygulamaya başlamışlardır.Gelişen teknoloji bir yandan da firmaları daha sıkı rekabet şartlarında mücadeleye itmiş ve rakiplerinden ayrışacak farklı uygulama ve hizmetleri devreye sokma zorunluluğu ile karşı karşıya gelmelerine neden olmuştur. Hiç şüphesiz rekabetin arttığı, iletişimin hızının başdöndürücü bir hızla geliştiği, ürünlerin ve hizmetlerin tüm bunlara bağlı olarak daha kolay ve daha hızlı kopyalanabildiği günümüz dünyasında firmaların rekabet güçlerini artıracak, kârlılıklarını maksimize edecek ve böylece varlıklarını sürdürecek yeni yaklaşımları ve araçları uygulama zorunluluğu vardır. Firmaların varlıklarını sürdürebilmeleri bir anlamda müşterilerinin yaşam boyu değerlerini artırmalarına bağlıdır. Sözkonusu bu yaklaşım tarzını son zamanlarda çok sayıda firma benimsemiş ve organizasyonlarında CRM birimleri kurmuşlardır.

İlaç sektöründeki firmalar da diğer sektörlerde olduğu gibi CRM uygulamalarını sürekli güncelleyerek müşterilerinin yaşam boyu değerlerini artırmaya çalışmaktadırlar. Rekabetin diğer sektörlerden farklı olarak daha zorlayıcı şartları ilaç firmalarını müşterilerine farklı ve etkin iletişim kanallarını uygulamaya itmektedir. Firmalardaki CRM depertmanları teknoloji ve insan gücü odaklı iletişim kanallarını çeşitlendirip zenginleştirerek rakiplerinden ayrışmaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle de son dönemlerde insan gücü odaklı sözel iletişim kanallarının yanı sıra WAP, SMS, E-Mail gibi teknoloji odaklı iletişim kanalları da uygulanmaya başlanmıştır.

Yapılan bu araştırmayla hekimlerin ürün tercihlerini etkileyen iletişim kanallarına dönük CRM uygulamalarının neler olduğu ve hekimlerin gözünde ürün tercihlerini etkileyen farklı iletişim kanalları olabilir mi? sorularına cevap aranmış ve bilinenin ve genel kabul gören uygulamaların dışında algılamalar tesbit edilmiştir.

İlaç söktöründeki CRM uygulamalarının bir parçası olan iletişim kanallarını güncel gelişmeler doğrultusunda inceleyen ve temelde cevap aranılan sorulara ışık tutan bu araştırmayı yapmam konusunda beni teşvik eden ve yönlendirmeleriyle destek olan tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Sema Kurtuluş'a ve Sn.Arş.Grv.Dr.Bahar Yaşin'e, Sn.Arş.Grv.Diren Bulut'a, Sn.Arş.Gr.Nil Kodaz'a yardımlarını esirgemeyen değerli dostlarım Emine Bozkurt İnal, Serdar Sönmez, Sultan Demircan, Serdar Çiçekci, Ercan Çalışkan, Selçuk Çöllü, Tuğba Zengin, Cengiz Kaya, İnanç Güraslan, Burak Bakkal, Burak Ulubay'a, çok değerli görüş ve önerileri için Prof.Dr. Cihan Aksoy ve Ali Rıza Değer'e, tezimi hazırlamamda yarattıkları imkan ve destek için Bedrettin Türkmen ve Timuçin Altay'a teşekkür ederim.

Olkan Budak

İstanbul 2010

İÇİNDEKİLER

SAYFA

ÖZ.....iii
ABSTRACT.....iv
ÖNSÖZ.....v
İÇİNDEKİLER.....vii
TABLOLAR.....xii
ŞEKİLLER.....xvi
GRAFİKLER.....xvi
KISALTMALAR.....xvii
GİRİŞ.....1
BİRİNCİ BÖLÜM:MÜŞTERİ İLİŞKİLERİ YÖNETİMİ İLE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR..... 3
1.1.MÜŞTERİ KAVRAMI.....3
1.1.1.Dış Müşteri.....4
1.1.2.İç Müşteri.....5
1.2.MÜŞTERİ SATIN ALMA KARAR SÜRECİ.....6
1.2.1.Müşterinin Değişen Yapısı.....7
1.3.MÜŞTERİ YAŞAM BOYU DEĞERİ.....9
1.4.MÜŞTERİ DEĞERİ.....10
1.5.MÜŞTERİ TATMİNİ.....12
1.5.1.Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi.....14
1.6.MÜŞTERİ İLİŞKİLERİ YÖNETİMİNİN TANIMI.....16
1.6.1.Müşteri İle Temas.....18
1.6.2.Müşteri Kazanılması 21
1.6.3.Müşterinin Korunması.....22
1.6.4.Müşteri İlişkileri Yönetimi'nin Tarihçesi.....25
1.6.5.Müşteri İlişkileri Yönetimi'nin Yararları.....29

1.6.6.Müşteri İlişkileri Yönetimi Yaklaşımı.....30
1.7.MÜŞTERİ İLİŞKİLERİ YÖNETİMİNİN AMAÇLARI.....32
1.8. MÜŞTER İLİŞKİLERİ YÖNETİMİNİN ARTAN ÖNEMİ.....34
1.9. İLİŞKİSEL PAZARLAMA.....37
İKİNCİ BÖLÜM:MÜŞTERİ İLİŞKİLERİ YÖNETİMİ'NİN BİLEŞENLERİ.....42
2.1.MİY BİLEŞENLERİNE GENEL BAKIŞ.....42
2.1.1. Operasyonel MİY.....42
2.1.1.1.Satış öncesi / pazarlama alanında MİY.....42
2.1.1.2.Satış alanında MİY.....43
2.1.1.3.Satış sonrası MİY.....43
2.1.2. Analitik MİY.....43
2.1.3. İşbirliğine Yönelik MİY.....44
2.2. MİY UYGULAMA BİLEŞENLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....45
2.2.1. İnsan Gücü Bileşeni.....45
2.2.2. İş Süreçleri Bileşeni.....46
2.2.3. Teknoloji Bileşeni.....47
2.3.MİY SÜRECİ 50
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM:İLAÇ SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİMİ, TEMEL SORUNLARI VE GÜNCEL MİY UYGULAMALARI.....55
3.1. İLAÇ SEKTÖRÜ'NÜN GENEL TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ.....55
3.1.1.Eski Çağlarda İlaç.....55
3.1.2.Medikal Devrim.....56
3.1.3.Terapötik Devrim..... 56
3.1.4.İlacın Uzay Çağı.....57
3.2. ULUSLARARASI İLAÇ SANAYİ VE GELİŞİM SÜRECİ.....58
3.2.1.ABD'deki İlaç Sektörü Ve Gelisim Süreci..... 61
3.2.2. Japonya İlaç Sektörü Ve Gelisim Süreci.....62
3.2.3. Avrupa İlaç Sanayi ve Gelisim Süreci.....62
3.2.3.1. Avrupa Birligi Üyesi Ülkelerine İlaç Otoritelerine Bakış.....63
3.3. TÜRK İLAÇ SANAYİ VE TARİHSEL GELİŞİMİ.....65

3.3.1 Cumhuriyet Öncesi Dönem.....65
3.3.2.Cumhuriyet'ten II. Dünya Savasına Kadar Olan Dönem.....67
3.3.3 II. Dünya Savası'ndan Günümüze Kadar Olan Dönem.....67
3.4.TÜRK İLAÇ SANAYİ'NİN BUGÜNÜ.....70
3.4.1.Türk İlaç Sektöründe Yasanan Sorunlar.....74
3.4.2.Fiyatlandırma Sistemindeki Dengesizlik.....75
3.4.3.Yatırımların Yetersizliği.....79
3.4.4. Kamu İlaç Alımları.....80
3.4.5.Mamul İlaç İthalatı.....82
3.4.6.Mamul İlaç İhracatı.....83
3.4.7. Ruhsatlandırmada Yaşanan Sorunlar.....84
3.4.8. Pazarda Yaşanan Sorunlar.....86
3.4.9. Rasyonel İlaç Kullanımı.....87
3.5.10.Türkiye'de İlaç Kullanımının Artış Nedeni.....88
3.5.TÜRK İLAÇ SANAYİNİN GELECEĞİ.....88
3.6. İLAÇ SEKTÖRÜNDEKİ GÜNCEL MİY UYGULAMALARI.....91
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: İLAÇ SEKTÖRÜNDE İLETİŞİM KANALLARINA YÖNELİK CRM UYGULAMALARININ HEKİMLERİN İLAÇ TERCİHLERİNDEKİ ROLÜ ÜZERİNE PİLOT BİR ARAŞTIRMA.....95
4.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU VE ÖNEMİ.....95
4.2.ARAŞTIRMANIN AMACI.....97
4.3.ARAŞTIRMANIN MODELİ VE DEĞİŞKENLERİ.....99
4.4.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....102
4.5.ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE KISITLARI 111
4.6.ÖRNEKLEME SÜRECİ.....112
4.7.VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE ARACI.....113
4.8.VERİ VE BİLGİLERİN ANALİZİ.....114
4.9. ARAŞTIRMAYA KATILAN HEKİMLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ 115
4.10.ARAŞTIRMANIN SONUÇLARI.....121

4.10.1.Araştırmaya Katılan Hekimlerin İlaç Firmalarının İletişim Kanallarına Dönük CRM Uygulamalarını Kullanma Yoğunluklarıyla İlgili Değerlendirmeleri.....121
4.10.2.Hekimlerin Bir İlacı İlk Defa Reçetelemelerinde Etkili Olan İletişim Kanallarına Yönelik CRM Uygulamaları.....124
4.10.3.Hekimlerin Tercih Ettiği Bir İlacın Reçeteleme Sıklığını Artıran İletişim Kanallarına Yönelik CRM Uygulamaları..... 125
4.10.4. Bir İlaçla İlgili İletilen Mesajın Etki Derecesini Artıran Özellikler..... 128
4.11.ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ.....131
4.11.1. Araştırmada Yer Alan Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri.....131
4.11.1.1.Araştırmanın İletişim Kanallarına Yönelik Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....131
4.11.1.2.Araştırmanın Mesajın Özelliklerine Yönelik Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....134
4.11.2. Hekimlerin Tercih Ettiği Bir İlacın Reçeteleme Sıklığını Artıran İletişim Kanallarına İlişkin Ortalamalarının Genel Eğilim Ortalamasından Farkı....136
4.11.3. Bir İlaçla İlgili İletilen Mesajın Etki Derecesini Artıran Özelliklere İlişkin Ortalamaların Genel Eğilim Ortalamasından Farkı.....138
4.11.4. Hekimlerin Demografik Özellikleri İle İletişim Kanallarına Ve İletilen Mesajın Özelliklerine Bağlı Olarak Bir İlacı İlk Defa Tercih Etme Ve Tercih Etme Sıklığı Arasındaki İlişki..... 140
4.11.5. Hekimlerin İletişim Kanallarına Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalarının Genel Ortalamadan Farkı.....148
4.11.5.1. Demografik Özelliklere Göre İletişim Kanallarına Yönelik İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına Ait Ortalamaların Farklılık Analizi.....153
4.11.6. Hekimlerin Mesajın Özelliklerine Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalarının Genel Ortalamadan Farkı.....165

4.11.6.1. Demografik Özelliklere Göre Mesajın Özelliklerine Yönelik İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına ait Ortalamaların Farklılık Analizi.....168

SONUÇ VE ÖNERİLER.....171
KAYNAKÇA.....180
EKLER BÖLÜMÜ.....195

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Müşterinin Son 30 Yıllık Değişimi.....8
Tablo1.2. Geleneksel Pazarlamaya Karşı MİY Yaklaşımı.....28
Tablo 1.3. MİY'in Gelişim Aşamaları.....38
Tablo 3.1. Reçeteli İlaç Pazarının Gelişimi.....70
Tablo 4.1. Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Kurumları.....115
Tablo 4.2. Hekimlerin Görev Yaptığı Sağlık Kurumunun Türüne Göre Dağılım..... 116
Tablo 4.3. Hekimlerin Cinsiyet Dağılımı.....116
Tablo 4.4. Hekimlerin Uzmanlık Dağılımı.....116
Tablo 4.5. Hekimlerin Meslekteki Sürelerine Göre Dağılımı.....117
Tablo 4.6. Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....118
Tablo 4.7. Hekimlerin Mezun Oldukları Fakülteye Göre Dağılımı.....118
Tablo 4.8. Hekimlerin Çalıştıkları Coğrafi Bölgeye Göre Dağılımı.....119
Tablo 4.9. İlaç Firmalarının İletişim Kanalına Dönük CRM Uygulamalarını Kullanma Yoğunluğu Oranlarına İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri.....120
Tablo 4.10. İlaç Firmalarının İletişim Kanallarına Dönük CRM Uygulamalarını Kullanma Yoğunluğu Dağılımlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....121
Tablo 4.11. Hekimlerin Bir İlacı İlk Defa Reçetelemelerinde Etkili Olan İletişim Kanallarına Yönelik CRM Uygulamalarının Sıralamasına İlişkin Frekans Ve Yüzde Değerleri.....123
Tablo 4.12. Hekimlerin Tercih Ettiği Bir İlacın Reçeteleme Sıklığını Artıran İletişim Kanallarına Ait Frekans ve Yüzde Değerleri.....125
Tablo 4.13. Hekimlerin Tercih Ettiği Bir İlacın Reçeteleme Sıklığını Artıran İletişim Kanallarına Ait Dağılımlara İlişkin Aritmetik Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri.....125
Tablo 4.14. Bir İlaçla İlgili İletilen Mesajın Etki Derecesini Artıran Özelliklere Ait Frekans Ve Yüzde Değerleri.....127
Tablo 4.15. Bir İlaçla İlgili İletilen Mesajın Etki Derecesini Artıran Özelliklere Ait Aritmetik Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri.....128
Tablo 4.16. Hekimlerin İletişim Kanallarına Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına Yönelik Görüşlerine İlişkin Ölçeğin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....131

Tablo 4.17. Hekimlerin İletişim Kanallarına Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Ölçeğin Alfa Katsayısı.....132
Tablo 4.18. Hekimlerin İletişim Kanallarına Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına Yönelik Ölçeğin Güvenilirlik Analizine İlişkin İstatistik Değerler.....132
Tablo 4.19. Hekimlerin Mesajın Özelliklerine Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına Yönelik Görüşlerine İlişkin Ölçeğin Aritmetik Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri 133
Tablo 4.20. Değişkenler İçin Ölçümlenen Alfa Katsayısı.....133
Tablo 4.21. Hekimlerin Mesajın Özelliklerine Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına Yönelik Ölçeğin Güvenilirlik Analizine İlişkin İstatistik Değerler.....134
Tablo 4.22. Hekimlerin Tercih Ettiği Bir İlacın Reçeteleme Sıklığını Artıran İletişim Kanallarına İlişkin Ortalamalarının Genel Eğilim Ortalamasından Farkının Analizi.....135
Tablo 4.23. Bir İlaçla İlgili İletilen Mesajın Etki Derecesini Artıran Özelliklere İlişkin Ortalamaların Genel Eğilim Ortalamasından Farkının Analizi.....137
Tablo 4.24. Hekimlerin Meslekteki süresi İle İletişim Kanalına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 1. ifade).....140
Tablo 4.25. Hekimlerin Meslekteki süresi İle İletişim Kanalına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 12. ifade).....140
Tablo 4.26. Hekimlerin Yaşı İle İletişim Kanalına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 1. ifade)....141
Tablo 4.27. Hekimlerin Yaşı İle İletişim Kanalına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 12. ifade)..141
Tablo 4.28. Hekimlerin Cinsiyeti İle İletişim Kanalına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 6. ifade).....142
Tablo 4.29. Hekimlerin Cinsiyeti İle İletişim Kanalına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 11. ifade).....143

Tablo 4.30. Hekimlerin Çalıştığı Kurum İle Mesajın Özelliklerine Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 17. ifade).....144
Tablo 4.31. Hekimlerin Çalıştığı Coğrafi Bölge İle Mesajın Özelliklerine Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 18. ifade).....145
Tablo 4.32. Hekimlerin Çalıştığı Coğrafi Bölge İle Mesajın Özelliklerine Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 16. ifade).....145
Tablo 4.33. Hekimlerin İletişim Kanallarına Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamaları İle Genel Eğilim Arasındaki Farkın Analizi).....148
Tablo 4.34. Hekimlerin Cinsiyetine Göre İletişim Kanallarına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar Arasındaki Farkın Analizi.....153
Tablo 4.35. Hekimlerin Çalıştıkları Coğrafi Bölgeye Göre İletişim Kanallarına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar Arasındaki Farkın Analizi.....155
Tablo 4.36. Hekimlerin Eğitim Araştırma Hastanesi Yada Diğer Hastanelerde Çalışmasına Göre İletişim Kanallarına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar Arasındaki Farkın Analizi.....157
Tablo 4.37. Hekimlerin Yaşlarına Göre, İletişim Kanallarına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar Arasındaki Farkın Analizi (Varyans Analizi) 159
Tablo 4.38. Yaş Grupları Arasında Çoklu Karşılaştırmalar (LSD Testi).....159
Tablo 4.39. Hekimlerin Meslekteki Süresine Göre İletişim Kanallarına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar Arasındaki Farkın Analizi (Varyans Analizi) 161
Tablo 4.40. Meslek Yılı Grupları Arasında Çoklu Karşılaştırmalar (LSD Testi).....161

Tablo 4.41. Hekimlerin Mesajın Özelliklerine Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar İle Genel Eğilim Arasındaki Farkın Analizi.....165
Tablo 4.42. Hekimlerin Çalıştıkları Coğrafi Bölgeye Göre Mesajın Özelliklerine Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar Arasındaki Farkın Analizi.....168

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Müşteri Satın Alma Karar Süreci Aşamaları.....6
Şekil 1.2. Müşteri Tatminine Giden Yol.....13
Şekil 1.3. 19.Yüzyıl Müşteri İlişkileri.....26
Şekil 1.4. 1900-1950 Arası Müşteri İlişkileri.....26
Şekil 1.5. 1950-1990 Arası Müşteri İlişkileri.....27
Şekil 1.6. Müşteri Odaklı Firmalar.....27
Şekil 1.7. Gerçek Zamanlı Firmalar.....28
Şekil 1.8. MİY Yaklaşımı.....32
Şekil 1.9. İlişki Pazarlaması, VTP, MİY ve BT Arasındaki İlişkiler.....40
Şekil 2.1. MİY'in Temel Unsurları.....43
Şekil 2.2. Teknolojinin Genel Özellikleri.....44
Şekil. 2.3. Sonuç Bilgisinin Elemanları.....48
Şekil 2.4 Türkiye'de MİY Faktörlerinin Yüzdesel Olarak Dağılımı.....49
Şekil 2.5. CRM Uygulama Adımları.....52
Şekil 3.1. 2004- 2008 Yılları Arasındaki Genel Sağlık Sigortası Nüfus Dağılımı.....72
Şekil 3.2. Kamu Sağlık Ödemelerinin Gelişimi (% GDYİH).....74
Şekil 4.1. Araştırmanın Modeli.....101
Şekil 4.2. Hekimlerin Tercih Ettiği Bir İlacın Reçeteleme Sıklığını Artıran İletişim Kanallarına Yönelik CRM Uygulamaları Ortalaması.....136
Şekil 4.3. İletilen Mesajın Etki Derecesini Artıran Özelliklerin Ortalaması.....138
Şekil 4.4. Hekimlerin İletişim Kanallarına Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar.....151
Şekil 4.5. Hekimlerin Mesajın Özelliklerine Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar 138

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1.1. Müşteri Yaşam Boyu Değeri Zaman İlişkisi.....9
Grafik 1.2. MİY Başari Ölçümleri.....30

KISALTMALAR LİSTESİ

CRM: (Costumer Relationship Management) Müşteri İlişkileri Yönetimi

CLV :(Customer Lifetime Value) Müşteri Yaşam Boyu Değeri

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devleti

WHO:Dünya Sağlık Örgütü

TTT:Tıbbi Tanıtım Temsilcisi

MYBD:Müşteri Yaşam Boyu Değeri

EMEA: Avrupa İlaç Ajansı

ANSA: Antibiyotik ve İlaç Hammaddeleri Sanayii A.Ş

GMP:İyi Üretim Uygulamaları

GLP:İyi Laboratuar Uygulamaları

FDA: Amerikan İlaç Gıda Dairesi

KKDF: Kaynak Kullanımı Destekleme Fonu

SMS: (Short Message Service) Kısa Mesaj Servisi

WAP: (Wireless Application Protocol) Kablosuz Uygulama Protokolü

TTT: Tıbbi Tanıtım Temsilcisi

EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

İlaç sektörde son yıllarda yaşanan değişimi anlayabilmek için sektörün yapısına daha yakından bakılması faydalı olacaktır. Sektörde ana rekabet eşdeğer ilaç üreten yerli firmalarla, orijinal ilaç üreticisi olan yabancı firmalar arasında yaşanmaktadır. Değer olarak toplam tüketimin %58'i yerli üretim, %42'si ise ithal ilaçlardan oluşmaktadır. Tüketilen ilaç kutusu olarak ele aldığımızda ise toplam tüketimin %87'si yerli üretim, geriye kalan %13'lük bölüm ithal ilaçlardan oluşmaktadır. Tüketilen ilaç kutularının %44'ü orjinal ilaçlardan oluşmakta iken, toplam pazar satış değerinin %62'sini orjinal ilaçlar oluşturmaktadır.[1]

Türkiye'de ilaç sektöründeki CRM uygulamalarına yönelik teknolojik altyapılı uygulamaları sıklıkla ve artan ağırlıkta orjinal ilaç üreticisi ve/veya pazarlayıcısı firmalar üstlenmektedir.Son zamanlara kadar teknolojik altyapılı uygulamalar sadece müşteri bilgilerinin düzenli olarak tutulduğu, güncellendiği çalışanların satış ve pazarlama faaliyetlerinin kaydedildiği, müşteri bilgilerinin depolandığı veri bankacılığı niteliğindeki uygulamalarken, bugün wap, e-mail,sms gibi farklı iletişim kanallarının kullanımı sözkonusudur. Söz konusu iletişim kanallarının kullanılması bu konuda gerekli teknolojik altyapı yatırımlarının yapılmasını da zorunlu kılmaktadır. Bu doğrultuda pek çok ilaç firması rakiplerinden ayrışmak için yeni teknolojik gelişme ve fırsatları "ilk uygulayan" olma isteğindedir. Böylece firmalar müşterilerine sunduğu hizmet açısından rakiplerine oranla farklılaşabilecek ve üstünlük sağlayabileceklerdir. Ancak, her teknolojik gelişme ve müşteriye sunulan yenilik, karar verici olan müşterilerin algısında kabul görmekte ve ürün tercih süreçlerinde etkili olmaktamıdır? Bu kritik soru ilaç firmalarındaki CRM uygulamalarına teknolojik alt yapı gerektiren yeni uygulamaları dahil etme kararını vermeyi zorlaştırmaktadır.

Günümüzün müşteri odaklı pazarlama anlayışının bir uzantısı olarak gelişen ve pek çok firmada CRM departmanlarının kurulmasına neden olan "Müşteri İlişkileri Yönetimi

[1] Kamil Yılmaz,''Türkiye İçin Doğrudan Yabancı Yatırım Stratejisi'ne Doğru'' Koç Üniversitesi, s.54 (Çevrimiçi) http://www.yased.org.tr/webportal/Turkish/Yayinlar/Documents/DYYStrateji-TR.pdf 28 Ocak 2010.

Anlayışı" adından da anlaşılacaği üzere müşteri merkezli bir yaklaşımdır. Dolayısı ile müşterinin, gerek insan odaklı, gerek teknoloji odaklı gerekse süreç odaklı yenilik ve değişimleri nasıl algıladığı ve tercihleri üzerinde olumlu yada olumsuz etkiler yaratıp yaratmayacağı firmalar açısından önem kazanmaktadır.

İşletmeler açısından CRM uygulamalarından temelde beklenen kârlılığın maksimize edilmesidir. Bu noktada harcama bütçelerinde müşterilere hizmet sunacak doğru iletişim kanallarına ve altyapılara kaynak ayırmak firmaların yaşam eğrilerinde belirleyici olacaktır.

Yapılan bu araştırmayla temelde, kullanılan iletişim kanalının türü ve iletişim özelliklerine ait dağılımlar tanımlanmaya çalışılmakta ve hekimin ürünü tercih tercih etme ve tercih etme sıklığında etkili olan değişkenlere cevap aranmaktadır. Araştırmada ayrıca ürünü tercih etme ve tercih etme sıklığında etkili olan değişkenlerin farklı meslek yılı grupları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. Dolayısı ile araştırma, firmaların oluşturacakları yada planlayacakları bütçelerde farklı İletişim Kanallarına Yönelik CRM uygulamalarının ağırlığını farklı müşteri grupları için değişen ağırlıkta hayata geçirme şansı vermektedir.

BÖLÜM 1

MÜŞTERİ İLİŞKİLERİ YÖNETİMİ İLE İLiŞKİLİ KAVRAMLAR

Bu bölümde "Müşteri" kavramından hareketle, Müşterinin Karar Verme Süreçleri ve CRM açısından Müşteri temelli alt kavramlar açıklanacaktır.

1.1.MÜŞTERİ KAVRAMI

"Müşteri" kavramının yirmi yüzyılın başlarında kullanılmaya başlandığını ve işletmelerin ürettiği mal veya hizmetleri satın alan gruplar veya bireyler olarak ön plana çıktığını görüyoruz. İlerleyen süreçte pek çok firmanın gruplar ve birey olarak algıladığı müşteri kavramını gerçek müşteri ve kurumsal müşteri olarak iki ana katagoride sınıflandırmaktadır.[2] Bu durumun satış hacmi açısından avantaj sağlayan müşterilerin diğer müşterilerden ayrıştırılması ihtiyacından kaynaklandığı, işletmelerin bu anlamda bir yandan karlılık kavramına yönelirken, diğer yandan da satış hacmi üzerinde daha fazla etkiye sahip müşterilerini farklı konumlandırdıkları görülmektedir .

Müşteriyi tanımlama konusunda sıklıkla demografik faktörlerden yararlanıldığı durumlar sözkonusudur. İşletmeler müşterilerinin yaşlarını, cinsiyetlerini, tüketim alışkanlıklarını vb. değişkenlerini bilme eğilimindedir. Temelde müşterinin kimlik bilgileri, bir müşteriyi diğer müşteriden ayırmayı sağlayan bilgileri içerir. Potansiyel müşterilerin ilgisini çekebilmek ve onlara ulaşabilmek günümüzün rekabetçi Pazar şartlarında daha da önem kazanmıştır. Müşteri bilgilerinin tutulması bu nedenledir ki, günümüzdeki işletmeler için önemli hale gelmiştir.

Yukarıda anlatılandan farklı olarak genel anlamda "Müşteri" kavramına ait bazı müşteri alt tiplerini şu şekilde belirtebiliriz;

[2] Funda Akdın, **Lojistik Rekabette Müşteri İlişkilerinin Yeri ve Önemi,** Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2006, s.1.

1.1.1.Dış Müşteri

Dış müşteri, "kuruluşun ürettigi ürün ve hizmeti son kullanıcıya kadar ulaştıran zincir içinde yer alan tüm müsteri" olarak tanımlanabilir.

Dış müsterileri kendi aralarında şöyle gruplandırmak mümkündür.

1. Mevcut müşteri
2. Potansiyel müşteri
3. Eski müşteri
4. Yeni müşteri
5. Kaybedilen müşteri
6. Hedef müşteri

Mevcut müşteri, işletmenin sürekli satış yaptığı ve işletmenin malını veya hizmetini her zaman satın alan müşteridir.[3] Firma için en önemli müşteri grubu mevcut müşterilerdir.

Mevcut müşteriler, memnun, memnun olmayan ve tatmin olmuş müşteriler olmak üzere bir sınıflandırmaya tabi tutulabilirler. Memnun olmayan müşteriler, beklentileri karşılanmadıgı için mutsuz hatta kızgındır. Büyük olasılıkla de bir sonraki alışverişlerinde aynı firmayı tercih etmeyecektir. Memnun müşteriler, beklentileri karşılanan müşterilerdir. İstediği ürün ya da hizmeti almıştır ancak hepsi budur. Tatmin olmuş müşteriler ise, beklentilerinin üzerinde bir satın alma deneyimi yaşamışlardır. Bu deneyimlerle ilgili olarak çevrelerindeki insanlara anlatacakları çok şeyleri vardır.[4]

Potansiyel müşteri, işletmenin satış için görüştüğü fakat halen işletmenin, müşterisi olmamış müşteri adayıdır.[5] Bu grup, ürün ya da hizmeti satın alma olasılığı olan müşteri grubudur. Firma ya muhtemel müşterileri gerçek müşteri haline getirecektir ya da bu grup

[3] Erdogan Taşkın, **Müsteri İliskileri Eğitimi**, 1. baskı, İstanbul, Papatya Yayıncılık, 2000, s 19.
[4] İbrahim Ergunda, ‘’Müşteri Odaklılık’’(Çevrimiçi) http://www.danismend.com/ 12 Aralık 2009
[5] Taşkın, **a.g.e.** , s.19.

sonsuza kadar muhtemel olarak kalacaktır. Eski müşteri, işletmenin daha önce müşterisi olmuş fakat çeşitli nedenlerle artık müşterisi olmayan kişi veya kuruluştur.[6]

Yeni müşteri, bir işletmenin malını veya hizmetini ilk defa satın alan müşteridir. Kaybedilen müşteri, duygusal ya da teknik bir nedenle, firmayı sonraki alısverişlerinde tercih etmeyecek olan müşterilerdir. Bu tür müşteriler, firmayı bir daha tercih etmeyecekleri gibi, memnuniyetsizliklerini de diğer müşterilere söyleyecek ve bu şekilde firmanın imajının da zedelenmesine neden olacaktır.

1.1.2.İç Müşteri

İç müşteriler işletmenin bünyesinde bulunan çalışanların oluşturduğu gruptur. İşletmeler hizmet sağlayıcıları ve son tüketici konumundaki müşterilerine yönelik ürün ve hizmetle ilgili projelere başlamadan önce kendi yapılarını incelemeleri gerekir. İşletme yapıları oldukça karmaşık ve anlaşılması zordur. Müşteri odaklı yapıya geçiş pratikte ve içerik açısından değişimi gerekli kılar.[7]

Bir kuruluşta, dış tedarikçilerden başlayarak, dış müşterilere kadar devam eden süreçlerde, birbirine ürün ya da hizmet verenler iç tedarikçi, ürün ya da hizmet alanlar iç müşteri olarak adlandırılırlar. İç müşteri, kuruluş içerisinde,ürünü bir grup ya da bölümden teslim alan bir sonraki bölüm ya da gruptur.

Bir kuruluşta herkes dış müşterilerle doğrudan temas halinde olamayabilir. Ancak herkes, müşteriye ulaşan ürün ya da hizmetlerin oluşumunda önemli-önemsiz ayrımı yapılmaksızın bir sorumluluğa sahiptir. İşletmede bir bölümün çıktısı, diğer bir bölüm için girdi oluşturacağından son ürünün kalitesinde tüm bölümlerin ve çalışanların bir payı olacaktır. Bu nedenle firmada ürün ya da hizmetin üretiminde çalışan tüm bireyler ve bölümler, iç müşteri olarak görülmektedir. İşletmede her birey, her bölüm ve her süreç kendinden sonraki aşamayı müşteri olarak kabul etmelidir.

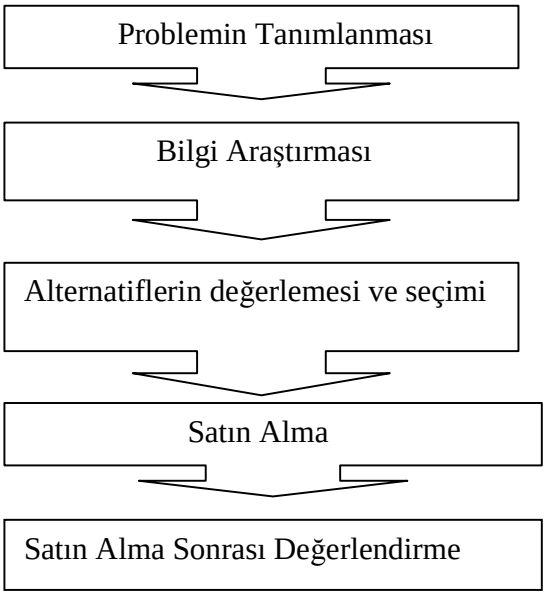
[6] Ergunda, **a.g.e.**, http://www.danismend.com/ 12 Aralık 2009
[7] Akdın, **a.g.e.**, s. 3.

İç ve dış müşteri kavramları birbirinden ayrı düşünülmesi olanaksızdır.Kuruluşun, yalnızca dış müşterilerin memnuniyetine odaklanarak, yani iç müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini göz ardı ederek başarıya ulaşması mümkün değildir. İç müşteriler memnun değillerse, dış müşterilerin memnun edilmesini beklemek doğru olmayacaktır. Çünkü dış müşterilerin memnuniyeti, iç müşterilerin tatmininden geçer, işletme çalışanlarını memnun edebilmek için öncelikle onların beklentilerini ve isteklerini belirlemeli ve bu beklentiler doğrultusunda hareket etmelidir.

1.2.MÜŞTERİ SATIN ALMA KARAR SÜRECİ

Müşterinin satın alma karar süreci belli aşamalardan oluşur. Ancak satın alma eylemi bu aşamaların sonunda olacak denilemez. Müşteri bu aşamaların herhangi birinde süreci durdurup satın alma kararı verebilir. Bu aşamalar şu şekilde sıralanabilir.[8]

Şekil 1.1. Müşteri Satın Alma Karar Süreci Aşamaları



[8] Nurettin Parıltı, **Kişisel Satış Yönetimi ve Organizasyon,** Gazi Kitapevi, Ankara, 2003, s. 17.

Bu aşamaları kısaca inceleyecek olursak; Problemin tanımlanması yani ihtiyacın farkına varma başka, onun ihtiyaç olarak kabul edilmesi başkadır. Sözgelimi, otomobil ihtiyacını fark eden bir tüketici, bunun hemen giderilmesi gereken bir ihtiyaç olarak kabul etmeyebilir. İhtiyacın giderilmesine karar veren tüketici, bu ihtiyacın nasıl ve hangi koşullarla giderilebileceğini öğrenmek için, alternatifler hakkında bilgi toplar.[9]

Fayda-maliyet açısından değerlendirmeler yaparak en fazla faydayı elde etmenin yollarını arar. En uygun seçeneğin belirlenmesini takiben satın alma olayını gerçekleştirecektir. Ancak, nihai satın alma kararı ürün bazında sınırlı kalmayıp, satın alma sürecinde de tüketici alternatifleri sürekli olarak gözden geçirmektedir.Satın alma sürecinde insanlar önce insanları, sonra ürünleri satın almaktadırlar. Dolayısıyla satış elemanları her şeyden önce müşterinin güvenini ve saygınlığını kazanmak ve müşteriye gereken ilgiyi ve saygıyı göstermek zorundadır.

Satın alma sürecinin son aşaması ise satın alma sonrası tüketici davranış ve tepkileridir. Satın aldığı üründen memnun kalan kişi aynı ürünü satın alma eğiliminde olacaktır. Aksi takdirde müşteri başka bir ürün, marka veya mağazaya işini taşıyacaktır. Başka bir ifadeyle, tüketim öncesi, satın alma sürecinde ve tüketim sonrası memnuniyet ve hoşnutluğa bağlı olarak tüketiciler takip eden satın alma kararlarını vereceklerdir.

1.2.1.Müşterinin Değişen Yapısı

Müşterinin son 30 yıllık değişimine baktığımızda işletme-tüketici ilişkisinin, belirlenmiş müşteri gruplarını ikna etmekten, müşterinin değer yaratma sürecine katıldığı bir döneme geçtiği görülmektedir. Müşteri pasif alıcı konumundan bir ortak konumuna geçmekte ve yöneticiler müşterileri işletmenin bir parçası olarak dikkate almaktadır. Teknolojinin gelişimiyle de müşteriyle çok yönlü erişim ve iletişim dönemi başlamıştır.1970'li yıllardan 1990'lı yılların sonuna kadar müşterinin rolü sadece pasif bir alıcı durumunda

[9] Ahmet H. İslamoğlu, Remzi., Altunışık; **Satış ve Satış Yönetimi**;Sakarya Yayıncılık, Sakarya, 2007, s. 56-57.

iken, Tablo 1.1'de 2000'li yıllarda tüketicinin şirketle işbirliği yapan bir niteliğe büründüğü görülmektedir.[10]

Tablo 1.1. Müşterinin Son 30 Yıllık Değişimi

Zaman	1970'ler, 1980'lerin başı	1980'lerin sonu, 1990'ların başı	1990'lar	200'li yıllar
Şirket-tüketici ilişkisi	Daha önceden belirlenmiş müşteri gruplarını ikna etmek	Bireysel olarak müşteriyle yapılan işlemler ve alışveriş var.	Bireysel olarak müşteriyle bir yaşam boyu kurulan bağ	Müşterinin de değer yaratma sürecine katıldığı eşit bir ilişki var
Müşterinin rolü	Müşterilerin rolü önceden belirlenmiş. Müşteri pasif bir alıcı konumunda.			İşi meydana getiren geniş ağın parçası olarak görülüyor. İşle ilgili değerin yaratılmasında müşteriye bir ortak olarak bakılıyor. tüketici hem şirketle işbirliği yapan hem de bir rakip olarak yeni bir rol üstleniyor.
Yöneticinin zihniyeti	Müşteri istatistiki bir rakam gibi değerlendirilir. Hedef tüketici grupları şirket tarafından önceden belirlenmiştir.	Müşteriye hala herhangi bir işlemin parçası, istatistiki bir rakam olarak bakılıyor.	Müşteri bir insan olarak değer kazanıyor. Karşılıklı güvenin ve ilişkilerin geliştirilmesi öne çıkıyor.	Müşteri yalnızca bir birey olarak kalmıyor. Aynı zamanda iş dünyası için yeni yeni önem kazanan sosyal ve kültürel dokunun bir parçası olarak dikkate alınıyor.
Şirketin müşteriyle etkileşimi, ürün ve hizmetlerin geliştirilmesi.	Geleneksel pazarlama araştırma yötemleri ve Pazar analizleriyle müşterinin nabzı tutulur. Ancak, ürün ve hizmetlerin geliştirilmesinde müşteri geri bildiriminden aslında pek de yararlanılmaz.	Şikayetmasaları, çağrı merkezleri ve müşteri hizmetleri programları sayesinde, müşteriye satış yapmaktan müşteriye hizmet vermeye doğru bir kayış gözleniyor. tüketicilerden gelen sorunlar dikkate alınaraka, daha sonra ürün ve hizmetlerin geliştirilmesinde bu geri bildirimden yararlanılıyor.	Müşteriyi daha iyi anlamaya yönelik bir tutum sergileniyor. tüketiciler yakndan incelenerek, gözlem yapılarak ihtiyaçları ve sorunlar anlaşılmaya çalışılır. Müşteri derinlemesine analiz edilerek, gelen tepkilern de katkısıyla ürünler ve hizmetler yeniden oluşturulur.	Müşterilerin kişisel deneyimleri tek tek ayrı öneme sahiptir. şirketler ve önde gelen müşteriler beklentilerin belirlenmesinde, ürün ve hizmeterin Pazar tarafından benimsenmesind ortak hareket ederler.
Müşteriyle iletişimin temelleri ve iletişim sürei	Daha önceden belirlenmiş tüketici grularına ulaşılması hedeflenir. Tek yönlü iletişim vardır.	Veri tabanına dayalı pazarlama yaygınlaşıyor. Çift yönlü iletişim başlıyor.	İlişkisel pazarlamaya geçildi. İki yönlü iletişim ve erişim söz konusu.	Müşterilerle aktif diyalog oluşturulması işin şekillenmesinde ve beklentilerin belirlenmesinde önemli işleve sahip. Çok yönlü ietişim ve erişim dönemi başlıyor.

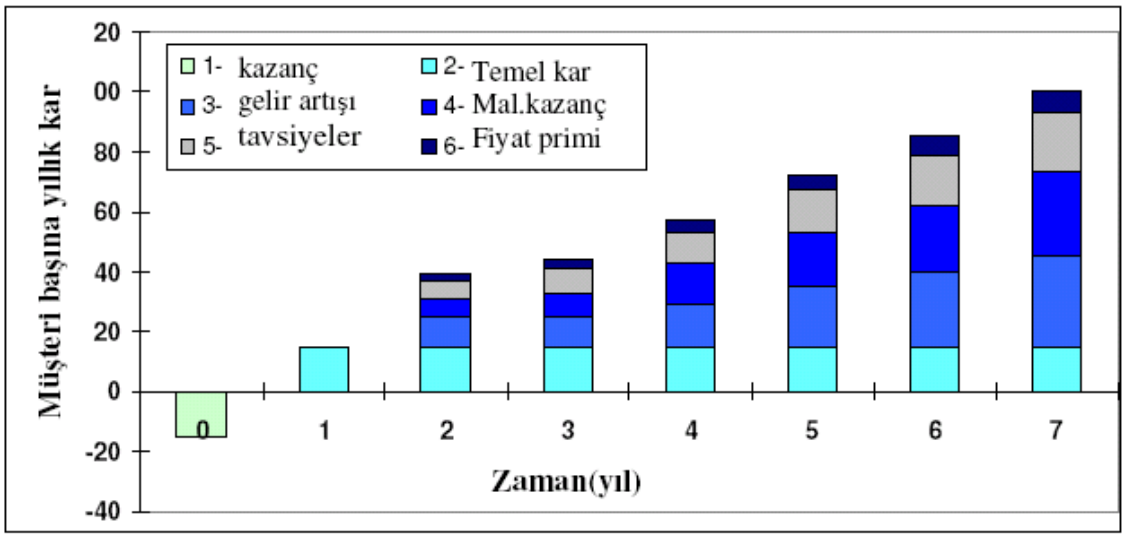
Kaynak: Sibel Akbay, *Türkiye'de Ortaklaşa Rekabet*, **Capital**, Haziran 2000, Yıl: 8, Sayı: 2006, s. 185.

[10] Sibel Akbay, ''Türkiye'de Ortaklaşa Rekabet'', **Capital,** Yıl;8, Sayı;2006, Haziran 2000, s.185.

1.3.MÜŞTERİ YAŞAM BOYU DEĞERİ

CLV(Müşteri Yaşam Boyu Değeri =CLV;Customer Lifetime Value), değer kavramının CRM açısından önemli bir diğer boyutunu oluşturmaktadır. MYBD(Müşteri Yaşam Boyu Değeri), Grafik 1.1.'de de görüleceği gibi müşterinin işletme ile olan ilişkisi süresince işletmeye sağlayacağı karın net bugünkü değeri olarak ifade edilebilir.[11] Bu kavram, yeni müşteriler bulmak yerine mevcut müşterileri elde tutmak ve onları sadık müşteriler haline getirmek üzerinde odaklanmaktadır. CRM'in temelini oluşturan bu felsefede en önemli nokta, müşterinin yalnızca satın alma öznesi olarak görülmesi yerine onun yaşam boyu iş ortağı olarak kabullenilmesidir.

Grafik 1.1. Müşteri Yaşam Boyu Değeri Zaman İlişkisi



Müşterinin Yaşam Boyu Değeri = Temel kar+Gelir artışı+Maliyetten kazanç+tavsiyeler+fiyat primi

Kaynak: Reichheld,F.F., Teal,T. (1996). ''The Loyalty Effect'': Harvard Business School Press

Bir MYBD'nin işletme için neden daha önemli olduğu şu şekilde açıklanabilir. İlk yıllarda, potansiyel müşterileri işletmeye çekmek ve onları gerçek müşteriler haline dönüştürmek için yapılan harcamalar söz konusudur ve bu harcamalar karlılığı azaltan ya

[11] Reichheld,F.F., Teal,T. (1996). ''The Loyalty Effect'': Harvard Business School Press

da negatif düzeye getiren bir etkiye sahiptir. Sonraki yıllarda ise artan ve tekrarlanan satın almalar nedeniyle her bir müşteriye düşen karlılık oranı artma eğilimi göstermektedir. Ayrıca, uzun dönemde müşteri hizmet maliyetleri daha düşük olabilmektedir. Sonuçta müşterinin işletmede tutulabildiği her yıl müşteri hizmet maliyetini azaltırken, müşterinin getirebileceği karlılık payı artmaktadır.

MYBD'nin ölçülebilmesi için müşteri hakkında şu bilgilere ihtiyaç vardır;[12]

1. Müşteriye yapılan satışlardan elde edilen tüm gelirler,
2. Müşterinin talebi karşılanırken katlanılan tüm değişken maliyetler,
3. Müşterinin satın alma sıklığı,
4. Müşterinin işletmeden aktif olarak satın almayı sürdürme zamanının genişliği,
5. Müşterinin diğer ürünlerden satın alma düzeyi ve bu tür satışlardan elde edilebilecek gelirler.
6. Müşterinin çevresine işletme için tavsiyelerde bulunma özelliği,
7. Müşteriye yapılan indirimler.

İşletme açısından her bir müşterinin veya müşteri grubunun değerini belirlemek için gerekli bu bilgilerin bir kısmı geleceğe yönelik tahminler ve rakamlar içermektedir. Bununla birlikte, bazı bilgiler diğerlerinden daha önemli bir etkiye sahip olabilmektedir. Tüm yapılması gereken iş, her işletmenin sahip olduğu farklı müşteri gruplarının şimdiki ve gelecekteki değerlerinin hesaplanması ve buna göre faaliyetlerin düzenlenmesi olacaktır.

1.4.MÜŞTERİ DEĞERİ

Günümüzde müşteriler, seçmeleri için kendilerine sunulan çok sayıda ürün ve markalarla, fiyatlarla ve tedarikçilerle karşı karşıya bulunmaktadırlar. Bu ortam karşısında

[12] Ercan Keser,**Müşteri Yaşam Boyu Değeri'nin Analizi: Erzurumdaki Serbest Muhasebeci ve Mali Müşavirler Üzerinde Bir Uygulama,** Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2008 s. 37.

müşteriler hangisinin en yüksek değeri sunacağını analiz etmek ve buna göre işletme ile ilişkiye geçmek avantajına sahiptir.

Müşteriler, kendi araştırma masrafları ve sınırlı bilgi, hareket ve gelir sınırları dâhilinde azami değeri ararlar. Kendilerine beklenen değeri şekillendirir ve ona göre hareket ederler. Sunulan ürün ya da hizmetin kalitesi, müşterinin tatmin olup olmadığını ve tekrar satın alıp almayacağını belirleyecektir. Müşteriler, kendisine en yüksek değer teklif ettiğini zannettikleri, işletmenin ürün ya da hizmetini tercih edeceklerdir. Dolayısıyla işletme açısından, müşteri tatminini değerlendirme adımlarından biri, müşteri beklentilerinin değerlendirilmesidir

Diğer bir tanımlamada müşteri değeri, ürünün ya da hizmetin müşteriye sunduğu faydalar ile müşterinin o ürünü ya da hizmeti elde etmek için katlanacağı fedakarlıklar arasında gerçekleşen değiş-tokuş değeridir.[13] Diğer bir ifadeyle, müşterinin ödediği masraf karşılığında beklediğinden fazlasını elde ettiği durumdur. Yani, müşteri değeri yaratma, ek yararları bir bedel ödetmeden müşterilere sunmaktır.[14]

Müşteriye sunulan değer, topyekûn müşteri değeri ve topyekûn müşteri masrafları arasındaki farktır. [15] Topyekûn müşteri değeri,müşterilerin, belirli bir ürün veya hizmet karşılığındaki beklentilerinin toplamıdır. Topyekûn müşteri masrafı, müşterilerin, ürün veya hizmeti değerlendirmek, elde etmek, kullanmak ve elden çıkarmak için yapacakları masrafların toplamıdır.

[13] R.Gallgher,''What Role Does Culture Play in CRM?'',(Çevrimiçi) http://www.crmindustry.com ,29 Nisan 2009.
[14] Yavuz Odabaşı, **Satışta ve Pazarlamada Müşteri İliskileri Yönetimi**, , İstanbul, Sistem yayıncılık, 2000, s. 50.
[15] Philip Kotler, **Kotler ve Pazarlama**, Çeviren:Ayşe Özyağcılar, SistemYayıncılık, İstanbul, 2000, s.34
.

1.5.MÜŞTERİ TATMİNİ

Tatmin, Türkçe sözlükte[16] "istenen birşeyin gerçekleşmesin sağlama, gönül doygunluğuna erme, doyum" , olarak tanımlanmaktadır. Müşterinin, alışveriş sonrası tatmin olup olmaması ise, işletmenin sunduğu somut önerilerin, şahsi beklentileriyle kıyaslanmasına bağlıdır. Tüketici tatmini konusunda yapılan çalışmalarda daha çok satın alınan mal/hizmet performansının tüketicinin beklentilerini karşılayıp karşılamadığı araştırılmış, ölçülmeye çalışılmıştır.[17]

Müşteri tatmininde, ürün ve hizmet kalitesini belirlemede sekiz nokta önem kazanmaktadır.[18]

1. Performans: Ürünün ilk sırada yer alan özelliklerinin ve kalitesinin tatmin ediciliğidir.

2. Özellikler : Ürünün temel çalışma özelliklerini tamamlayan ikincil özellikleridir.

3. Güvenilirlik : Ürünün belirli bir zaman aralığında bozulma ya da iyi çalışmaması olasılığıdır.

4. Uygunluk : Ürünün tasarımının ve çalışmasının önceden belirlenmiş şartlara yada kullanıcıların beklentilerine uygunluğudur.

5. Dayanıklılık : Ürünün fiziksel olarak bozulma olmadan ya da modası geçmeden önce ne kadar kullanıldığıdır.

6. Hizmet Alabilme : Bir ürünün onarımında gösterilen sürat, nezaket, uzmanlık ve kolaylıktır.

7. Estetik : Ürünün görünümü ile ilgili olarak kişisel değerlendirmenin subjektif unsurlarıdır.

8. Algılanan Kalite : İşletmenin genel imajı ve ünüdür.

---

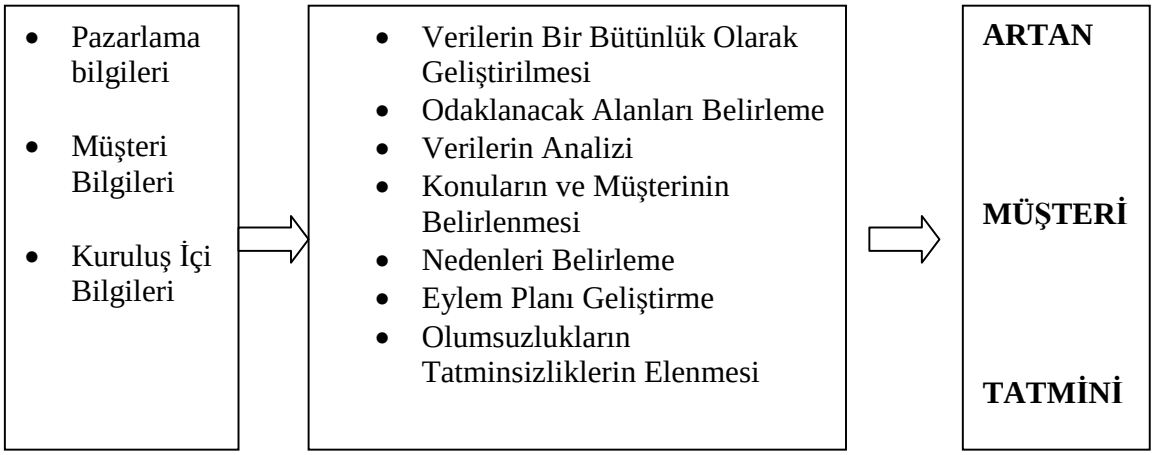
[16] http://www.tdk.gov.tr/TR/SozBul.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF05A79F75456518CA. (Çevrimiçi),24.02.2009

[17] Dündar, Sema,**Tüketici Tatmini ve Genel Olarak Yaşamdan Duyulan Tatmin Arasındaki İlişki (Bir Pilot Araştırma),** Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1993.

[18] Öçer, A. ve Bayuk N. Müsteri Memnuniyeti. **Pazarlama Dünyası**, Mart/Nisan 2001, s.25.

Ürünün kullanılması veya satın alınmasıyla oluşan fiili durum, beklentileri vermemişse, müşteri tatmin olmayacaktır. Eğer icraat, beklentilere uyarsa, müşterinin tatmin olması beklenen bir sonuç olacaktır.[19] Eğer icraat, beklentilerin üstünde ise, müşteri yüksek ölçüde tatmin veya memnun olmuştur.

Şekil 1.2. Müşteri Tatminine Giden Yol



Kaynak: Yavuz Odabaşı, **Satışta ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi,** 3.Baskı, İstanbul, Sistem Yayıncılık, 2003, s. 151.

Sadece tatmin olan müşteriler, daha iyi bir teklif karşısında kolaylıkla o teklife yönelebileceklerinden, pek çok işletme, müşterilerinin yüksek ölçüde tatmin olmalarını hedeflemektedir. Buradaki temel hareket noktası; yüksek ölçüde tatmin olanların, bir diğer teklif karşısında kolay kolay yer değiştirmeyecekleri beklentisidir. Yüksek ölçüde tatmin eden veya memnunluk uyandıran marka için rasyonel (akli) bir tercih değil, hissi bir yakınlık da duyulur.Bunun neticesi de, yüksek ölçüde müşteri sadakatidir.Müşteri için değer yaratma, kalite ve hizmetin bir araya gelmesi ile doğru orantılıdır ve bu iki kavramın yanında müşteri tatminin tüm araçlarını kapsamaktadır.[20]

[19] Kotler, **a.g.e.** s.36

[20] Odabaşı, **a.g.e.** s. 49.

Aynı zamanda müşteri ilişkisinin varlık değeri, müşteri hisse değeri olarak adlandırılır. Herhangi bir varlık gibi, müşterinin hisse değeri zaman içinde oluşan net nakit akışına bağlıdır. Müşteri hisse değerini hesaplamak, belirli bir müşteriden veya guruptan elde edilen nakit akışını, müşteri ilişkisini elde etmek ve devam ettirebilmek için gerekli olan nakit çıkışını, ilişkinin devam edeceği süreyi tanımlamayı içerir. Müşteri değerini iki parçadan ibaret olarak düşünmek mümkündür. İlişkiden doğan nakit girişleri, ilişkiyi tesis etmek ve devam ettirebilmek için gerekli olan nakit çıkışları. Asli müşteri değeri, müşteriden elde edilen net nakit akışıdır. Bu nakit akışının hacmi ve değeri müşterinin belli bir süre içerisinde satın alma miktarına, satın almanın marjına ve ilişkinin süresine veya satın almanın gerçekleştiği dönem sayısına bağlıdır.[21]

1.5.1.Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi

Müşteriyi elde tutmanın ve müşteri sadakati sağlamanın en önemli koşullarından biri *müşteri memnuniyetinin* sağlanmasıdır.[22] Çünkü memnun müşterinin işletmeye bağlılık göstermesi ve memnun kaldığı işletme ile uzun yıllar ilişkilerini sürdürmesi beklenir. İşletmeler ürünlerine ve hizmetlerine değer katarak müşterilerine sundukları takdirde müşteri memnuniyetini temin edebileceklerdir. Böylece, işletme ile müşterileri arasında anlamlı bir bağ oluşup müşteri muhafazası gerçekleşmektedir. Müşteri memnuniyetinin sağlanması için müşterilerin gerçek istek ve beklentilerinin bilinmesi temel hareket noktasıdır.[23]

Bir işletmeye en çok kar getirenlerin, muhakkak en büyük müşteriler olduğu da her zaman doğru olmayabilir.[24] En büyük müşteriler, daha çok hizmet talep ederler ve en çok indirim onların hesaplarında yapılır. En küçük müşteriler, fiyatın tamamını öder ve onlara asgari hizmet yapılır, fakat küçük müşterilerle işlem yapılmasının masrafı işletmeye

[21] Robert E.Wayland, Paul M.Cole, **Müşteri Bağlantıları**, , Alfa Yayınları, İstanbul, 2000, s.107.
[22] Bochner, S. ve Heskett, B., "Power Distance, Individualism/Collectivism, & Jobrelated Attitudes in a Culturally Diverse Work Groups", **Journal of Cross-Cultural Psychology**, 25, 1994, s. 164
[23] Ronald S.Swift, **Accelerating Customer Relationships**, Prentice Hall PTR A Pearson Education Company, Upper Saddle River, 2001, s. 168.

[24] Kotler, **a.g.e.** s.55

sağlanan karı azaltır. Kendilerine iyi hizmet yapılan orta büyüklükteki müşteriler, hemen hemen fiyatın tamamını ödediklerinden, işletmeye en fazla kazanç sağlayanlar da çok defa onlardır. Bunun içindir ki, sadece büyük müşterileri hedef alan çok sayıda büyük işletme, şimdi orta büyüklükteki pazarda yer almaktadır.

Bu noktada kâr getiren müşteriyi iyi tanımlamak gerekmektedir. "*kâr getiren müşteri*"yi, belirli bir zamanda, işletmenin, o müşteriyi çekmek, ona satış yapmak ve uzun bir zaman boyunca yapacağı masraf ırmağının kabul edilebilecek bir miktarından fazlasını sağlayacak bir kimse, bir aile veya işletmedir, diye tanımlamaktadır. Kâr getiren müşteri, sadece belirli bir alışveriş sonrası sağlanan kâr olarak değil, bir ömür boyu gelir elde edilecek değer olarak görülmelidir.[25]

Müşteri seçimi, müşteri edinme, müşteri koruma ve müşteri derinleştirme olarak dört evrede gerçekleştirilen MİY, sahip olunan "müşteri bilgilerinin ve veri tabanının" verimli bir süreç dâhilinde kullanılması ile başarıya ulaşmaktadır. Müşteri Memnuniyet Zinciri oluşturabilmek için öncelikle, müşterileri doğru belirleyebilmek (identify), tercihleri doğrultusunda segmentasyon yapıp gruplandırmak (differentiate), düzenli iletişim kurup, istikrarlı bilgi paylaşımında bulunmak (interact) ve de kişiselleştirilmiş hizmet sunarak (customize) öncelikle müşteri memnuniyeti sağlamak gerekmektedir. Sonrasında hem işletmeye hem de işletmenin sunduğu hizmetlere ve ürünlere (markalara) olan güven ve sadakati yaratmak amaç edinilmelidir.[26]

Şikâyetlerin etkin bir şekilde ele alınması ve incelenip çözüme kavuşturulması, müşteri memnuniyeti ve sadakatinin yaratılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Şikâyetlerin dikkatlice yönetilmesi, işletmeye ürün ve hizmetlerini geliştirmede altın bir fırsat sunar. Tüketici şikâyetlerinin incelenmesi işletmeye müşterilerinin isteklerini ve beklentilerini anlama imkânı da verir. Sadece müşteri şikâyetlerini dinlemek yeterli değildir. Gelen şikâyetlere çabuk ve yapıcı bir şekilde cevap verilerek müşteri memnuniyeti temin edilmelidir.[27]

---

[25] Kotler, **a.g.e.** s.55

[26] Orhan Sentürk, *"CRM'in Önemi",(Çevrimiçi)* www.crmhaber.com/index.php?cmd=ViewNews&nid=89 , 02.06.2009

Müşteri şikayetleri, sadakat ile ilişkilendirildiğinde, sadık müşterinin,ürünü almaya devam eden ve başkalarına ürünü tavsiye eden müşteri olduğudur. İlişkiler pozitif olduğunda işletme, şikayet eden müşterilerini, sadık müşteri durumuna getirmekte başarılı olabilmektedir. Negatif olduğunda ise, müşterilerin bu şikayetlerini yaymaları ve başkalarını da memnuniyetsiz duruma getirmeleri söz konusu olabilmektedir. Sadık müşteri aynı zamanda şikayetlerini işletmeye iletebilen müşteridir.[28] Burada müşteri ilişkileri yönetiminin çalışmaları devreye girmektedir. Müşteri şikayetlerini değerlendirmek aynı zamanda işletmenin gelişmesine de katkı sağlayacaktır.[29]

Müşteri memnuniyeti için ölçümler yapmak, müşterinin muhafazası ve sadakati açısından önemlidir. Memnuniyet ölçümleri sayesinde, işletmeler müşterilerinin başka bir markaya kayma eğilimlerini öngörerek müşteri kaybı gerçekleşmeden gerekli düzenlemeleri yapabilirler.[30] Aynı zamanda, işletme, rakiplerine karşı kendi güçlü ve zayıf taraflarını görerek rekabet avantajı sağlar.

1.6.MÜŞTERİ İLİŞKİLERİ YÖNETİMİNİN TANIMI

Yaşadığımız yüzyılın ilk yarısında üretim odaklı pazarlama anlayışı hakimdi ve bu doğrultuda pazarlama anlayışı üretilen mal yada hizmetin müşteriyle buluşturulmasını hedeflemekteydi.Müşterinin beklenti ve istekleri pazarlama faaliyetinin odağında değildi.Ancak üretimde hizmetin de ağırlık kazanması ve rekabetçi pazar şartlarının oluşması, iletişim hızının artmasıyla yüzyılın ikinci yarısından itibaren müşteri ilşkilerini odak alan pazarlama yönetimi anlayışı pek çok firmada uygulanmaya başlanmış,

---

[27] Nasır, Süphan: "Developing A CRM Model For Luxury Automobile Brands", **7th International Conference on Customer Relationship Management and Relationship Marketing**, Berlin, June 22nd –25th 2003.s.215.

[28] Yi, Youjae, "A Critical Review of Consumer Satisfaction," **Review of Marketing**, Vol. 4, page 101. 1990

[29] Abdullah Bozgeyik, **"Rekabet Avantajı için Müşteri İlişkileri Yönetimi: CRM= Başarı"**, 1.b., İstanbul: Hayat Yayıncılık, 2000, s.137.

[30] DeSouza, G.: 1992 "Designing a Customer Retention Plan, **The Journal of Business Strategy**, 13 (2), 24.

müşteriyi pazarlama faaliyetlerinin odağında görmeyen firmalar ise zamanla güç kaybederek yaşama şansı bulamamıştır.

Son yıllarda müşteriler, ürün yada hizmet satın aldıkları firmalardan sadece beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılamasını beklememekte, aynı zamanda potansiyel beklenti ve ihtiyaçlarının da öngörülmesini, bu konuda işletmeler tarafından projeksiyon yapılmasını öngörmektedir.Diğer bir ifadeyle müşteri artık beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayan ürün ve hizmetleri sadece satın almamakta, aynı zamanda sözkonusu mal yada hizmeti satın aldığı firmanın misyon ve vizyonunu da satın almaktadır.Bundan dolayıdır ki firmaların yaşam eğrileri sadece yeni müşteri kazanma konusundaki çabalarına değil, aynı zamanda mevcut müşterileri koruma konusunda da başarılı olmalarına bağlıdır.

İşletmeler yeni müşteri kazanmanın yanında mevcut müşterileri korumanın da kritik bir öneme sahip olduklarını farkettiklerinde mevcut müşterilerine ait bilgileri depoladıkları tasnif ettikleri ve bu bilgileri amaca uygun kullanılır hale getirdikleri ‘’Veri Madenciliği’’ uygulamalarına ağırlık vermişlerdir.

MİY en genel anlamıyla , hem ön ofis (pazarlama,satış ve müşteri servisi) hem back office (muhasebe, üretim ve lojistik)uygulaması olmakla kalmayıp, aynı zamanda diğer tüm bölümler, müşteriler ve iş ortakları ile koordinasyonu ve işbirliğini sağlayan müşteri merkezli bir ilişki yönetimi felsefesidir.[31]

MİY; yukarıdaki tanımdan da anlaşılacağı gibi gerek süreç, gerek insan kaynakları , gerekse teknolojik altyapının birlikte güçlü bir sinerjiyle çalıştığı bir çarkın dişlileri gibidir.Bu noktada sektörel olarak MİY uygulamalarında ağırlıklar değişmekle birlikte, insan kaynaklarının ağırlığı ve önemi teknolojik gelişmelerin çok hızlı olduğu günümüzde azalmamaktadır.

Bir felsefe olarak MİY incelediğimizde, temelde işletmelerdeki MİY depertmanın temel görevinin işletmenin müşteri odaklı düşünmesini sağlamak olduğunu

[31] Bozgeyik, **a.g.e.** s.24.

söyleyebiliriz.Diğer bir ifadeyle MİY depertmanı, işletmelerin müşteri kimliğiyle düşünen ve üreten beyni gibidir.

MİY ile ilgili farklı kaynaklarda pek çok tanımlama yapılmıştır ve bunlardan bazılarını şöyle sıralayabiliriz;

"Müşteri İlişkileri Yönetimi, bireylere hedeflenmiş pazarlamada bilgi toplamak için otomasyonun kullanılmasıdır."[32]

"Müşteri İlişkileri Yönetimi, geçici müşterileri tekrarlayan satın alma davranışı gösteren sadık müşteriler haline getirmek için ihtiyaçlarını tatmin etme ve hatta ihtiyaçlarından fazlasını sunma konusunda kuruluşun gösterdiği çabaların tamamını kapsar."[33]

1.6.1.Müşteri İle Temas

Rekabet ve pazardaki dinamik değişimlere paralel olarak, müşteri kavramının içeriğinin de önemli biçimde değiştiği gözlemlenmektedir. Müşteriler, internetin de yaygınlaşmasıyla birlikte bilgiye çok daha duyarlı hale gelmekte, ürün ve hizmetlerin alternatiflerine çok kolay ulaşabilmektedir. Bu durumda yeni müşteri elde etmek ve eldeki müşteriyi korumak hem zorlaşmakta hem de kritik önem kazanmaktadır.Müşteri odaklı bir yapıyla işletmeler, bir yandan müşterilerden, ürün ve hizmetler ile ilgili şikayetleri, görüşleri ve geri bildirimleri gibi her kurumun gereksinim duyacağı bilgilere erişmeli, diğer yandan da müşterilerine farklı kanallardan hizmet veren banka, internet servis sağlayıcı ve sigorta işletmeleri gibi sürekli müşteri ile temas kurma şekilleri tasarlamalıdırlar. Müşterilerle sürekli ve dinamik bir ilişkinin hayata geçirilmesi sonucunda; artan iş hacimleri, azalan maliyetler ve daha verimli çabaları gerçekleştirilmesi temel beklentidir.[34]

[32] Ahmet Buğra Hamsioğlu, "Pazarlamada Yeni Açılım: Birebir Pazarlama Ve Müşteri İlişkileri Yönetiminin Değerlendirilmesi",(Çevrimiçi)www.manas.kg/pdf/sbdpdf9/Hamsioglu.pdf, 2009.
[33] Swift, **a.g.e.** s.15
[34] Münir Şakrak, **Maliyet Yönetimi**, Yasa Yayınları, İstanbul, 1997, s. 96.

Müşteri ile etkileşim; müşteri ziyareti, pazarlama faaliyetleri, telefon, web sitesi, çağrı merkezi, doğrudan pazarlama, müşteri hizmetlerinde şikayet dinleme, fatura gönderme gibi müşteri ile gerçekleştirilen tüm iletişim faaliyetlerini kapsamaktadır.

Müşteri ile etkileşime girmekteki amaç; müşteri ile çift taraflı bir diyalog oluşturmaktır. Bu diyalog sayesinde müşteri hakkında özel ve doğru bilgiler elde edebilir. Müşteri ile her girilen etkileşimden bir şeyler kazanmak için *öğrenen ilişki*[35] esas olmalıdır. Öğrenen ilişkinin özünde ise müşteri ile karşılıklı diyalog gelmektedir. Diyalog sonucunda, müşteri, işletme süreçleri içine dâhil edilmelidir. Böylece diyalog bilgiye dönüştürebilir. Bu diyaloğu sağlarken özellikle üç unsura dikkat edilmesi gerekmektedir :

1. Bu etkileşim müşteriyi rahatsız etmemelidir.
2. Yaratılacak sonuçtan müşteri bir şeyler kazanmalıdır.
3. Bu etkileşim sonucunda, müşteriye karşı davranış, bir şekilde müşteri lehine değişmelidir.

Etkileşim yöntemleri olarak, çağrı merkezleri, müşteri ziyaretleri, web, telefonla arama, doğrudan pazarlama, müşteri şikayetlerini belirtmek mümkündür. Ancak bire birebir ilişki pazarlamasını başarmış bir işletme olmak için bu yolların tümünü müşteriyi *öğrenen* bir sistem içinde sunmak gerekmektedir.[36]

Müşteri hakkında *bilgi toplama*, işletmelerin müşteri ile bağlantılı stratejilerini başarılı bir şekilde yürütmek için izlemeleri gereken ilk adım olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda bilgi diğer aşamalarda kullanılacak bir hammadde haline dönüşmektedir.

Müşteri bilgisi yönetimi, karlı bir müşteri portföyü elde etme, geliştirme ve korumada bilgi ve deneyimin etkin bir kuvveti olarak tanımlanabilir.[37] Müşteri veya ilişki merkezli

[35] Robert E.Wayland, Paul M.Cole, **Müşteri Bağlantıları**, Editör:Ünal ÇAĞLAR, Alfa Yayınları, İstanbul, 2000, s. 80.
[36] Yeşim Usta, ‘’Kurumsal Bilgi Portalları’’(Çevrimiçi), http://www.danismend.com/,2010
[37] Sutton, S. In AED, Social Marketing: Views from Inside the Government. 30th Anniversary Seminar Series, Washington DC: Academy for Educational Development: 36-47

olarak yapılanmak isteyen bir işletme için; *müşteri, bilgi ve yönetim* kelimeleri birbirlerine bağlı bir zinciri ifade etmektedir. Tam değere erişmek için, bu üç unsur bir kapalı devre ortamında bir araya gelmelidir. Bu ortamda doğru müşteri ile doğru bilgi elde etme üzerinde durulmalıdır. Böylece bu bilgi, müşteri ilişkisinin değerini en üst düzeye çıkarabilecek yöntemler içinde hemen kullanıma geçirilebilir. Bunu yaparken, öncelikli olarak doğru müşteri ve bilgi üzerinde odaklaşma, bilgi elde etmek için en uygun yaklaşımın kullanılması ve son olarak tüm işletme çapında bu bilginin nasıl düzenleneceği, paylaşılacağı ve sonuç elde etmek için nasıl kullanılacağının anlaşılması temel koşuldur.[38]

Yeterli bir bilgi tabanı olmadan müşteri ilişkilerini yönetmeye çalışmak, müşteriye verebilecek değerin miktarını sınırlayacaktır. Diğer bir ifadeyle organizasyonun içine, düzenleme ve sonuç elde etme için gerekli olan yöntemleri yerleştirmeden üstün müşteri bilgisine sahip olma çabaları, fırsat kaybı ile sonuçlanacaktır. Bilgi altyapısı ve analizine yatırım yapmak, fakat sonrasında bu bilgiyi etkin olarak müşteri ilişki yönetim sürecine dahil etmemek kaynak kaybı anlamına gelecektir.[39]

MİY'i uygulayan işletmeler de satışı artırmak amacıyla yapılan satış kampanyaları, broşür postalama, doğrudan pazarlama gibi işlemler de eskiye göre çok daha sonuca odaklı olarak gerçekleştirilebilmekte ve başarı oranı çok daha yüksek olmaktadır. Doğrudan postalamada başarı oranı % 30-40'lara kadar çıkabilmektedir.[40]

Müşteriye sürekli olarak olağan dışı deneyimler yaşatmak yerine, onun satış ve satış sonrası hakkında görüşü sorulduğunda, gerçekten tanımlayıcı ve etkileyici bir şeyler söylemesini sağlayacak bir işletme hamlesinin başlatılmasıdır. Müşteri ile etkileşim öylesine etkileyici olmalıdır ki, müşteri bu hizmeti diğerlerinden çok farklı, özgün bir tecrübe ve adeta bir marka olarak algılamalıdır. Müşteri bu hizmetin verildiği noktaya tekrar gitmeyi adeta dört gözle beklemelidir.

---

[38] Wayland ve Cole, **a.g.e.** s.41.
[39] Wayland ve Cole, **a.g.e.** s.41.
[40] Odabaşı,a.g.e. s.171.

1.6.2.Müşteri Kazanılması

Müşterinin kazanılmasından önce, müşterinin davranışlarında üstleneceği rolleri iyi tanımlamak gerekmektedir. Bu konuda çeşitli bilim dalları farklı yaklaşımlar ortaya koymuşlardır. Bu konuda yapılan bir araştırmada[41], iktisat bilimi, davranış bilimi, psikoloji ve sosyoloji bilimlerinin, tüketici davranışlarını birbirinden farklı şekilde açıkladığı gözlemlenmektedir.

İktisat bilimi, insanın tüketici olarak davranışlarını,"ekonomik adam" varsayımına ve "azalan marjinal fayda" kavramına dayandırırken; psikoloji, kişilik algılama gibi kişinin iç veya içsel değişkenleri ile konuyu açıklamaya çalışmaktadır. Buna karşılık, sosyoloji bilimi de davranışları,sosyo-kültürel faktörler adı altında, dış çevre faktörlerine ağırlık vererek, daha çok bunların (kültür, alt kültür, sosyal gruplar, aile gibi) insan davranışlarını yönlendirdiğini açıklamaktadır.

Sadık müşterileri çoğaltmak, işletmenin gelirini doğrudan arttırıcı açık bir faktördür. Bununla birlikte işletme, daha fazla sadakat yaratmak için, daha fazla harcamak mecburiyetindedir. Bunun için müşteri ile yakın ilişkiler kurulmalıdır.

Masrafların kazançlardan fazla olmaması için bir işletme, "yakın ilişkiler kurmaya ne kadar yatırım yapmalı ve hangi yatırımları yapılmalıdır" sorusuna cevap bulmalıdır.[42], yakın ilişkiler kurulmasında, birbirinden farklı beş pazarlama yatırımı seviyesi önermektedir. Bunlar;

1. Temel pazarlama: Satış görevlisinin vazifesi, sadece ürünü satmaktır.

2. Reaktif pazarlama*:* Satış görevlisi, ürünü satar ve müşteriden, şayet soracağı söyleyeceği veya şikâyeti varsa, telefon etmesini ister.

3. Hesap verici pazarlama*:* Satış görevlisi, satışı yaptıktan kısa bir müddet sonra müşteriye telefon ederek, eşyanın, onun beklentilerine cevap vermediğini sorar. Satış

[41] İsmet Mucuk, **Pazarlama İlkeleri**, Türkmen Kitabevi, İstanbul,2003 s.239.
[42] Kotler ,**a.g.e**. s. 50.

görevlisi, aynı zamanda, ürünün veya servisin geliştirilmesi için herhangi bir tavsiyede bulunup bulunmayacağını veya herhangi bir şikâyeti olup olmadığını da sorar. Bu tür bilgiler, işletmenin, icraatını devamlıca geliştirmesine yardım eder.

4. Proaktif pazarlama*:* Satış görevlisi, müşteri ile zaman zaman temas kurarak ürünün kullanılmasında, geliştirilmesinde veya yeni ürünler hakkındaki tavsiyelerini sorar.

5. Ortaklık pazarlaması*:* İşletme, daha iyi icraat yapmanın yollarını keşfetmek için, devamlıca müşteri ile birlikte çalışır. Günümüzde veritabanı uygulamalarının gelişmesi, pazarlamaya önemli bir teknolojik destek kazandırmıştır. İşletme ile müşteri arasındaki devamlı iletişimin, e-mail, Web siteleri, veri tabanları ile daha kolay olduğu açıkça görülmektedir. Kurumu, müşteri merkezli bu yeni rekabet anlayışı ile yönetmek için, enformasyon teknolojisi bu amaç doğrultusunda temel bir araç olarak kabul edilmeli, benimsenmeli ve uygulamaya konulmalıdır.[43] Kotler , bir işletmenin müşterileri için değer yaratıcı yaklaşımını; mali yararlar ilavesi, sosyal yararlar ilavesi ve yapısal bağlar ilavesi olarak üç kategoride ele almaktadır.

Ayrıca, ürün, fiyat ve dağıtım kanallarının oluşturulması, yeterli düzeyde satış yapılması işletmeye beklenen kârı getirme açısından gereklidir ama yeterli olduğunu söylemek günümüz pazar koşullarında mümkün değildir. Birçok işletmenin benzer satış ve pazarlama çabaları dizayn ettiği bir ortamda tüketicilerle işletme arasında güçlü bir iletişim sağlayacak ve tüketicileri bu ilişkiler üzerinden özendirecek programların yapılması zorunludur.

1.6.3.Müşterinin Korunması

Müşteri koruma aşaması, müşterinin ne kadar süreyle elde tutulacağının belirlendiği safhadır. Burada amaç, müşteriyi kuruma bağlama ve kurumda tutabilme stratejilerinin belirlenerek ilişkinin uzun süreli olmasını sağlamaktır. Eski müşterileri korumak, yeni

[43] Arman Kırım, **Strateji ve Bire-Bir Pazarlama (CRM),** Sistem Yayınları, İstanbul, 2001, s.98

müşteri bulmaktan daha az enerji gerektirir ve daha az maliyetlidir. Bu konuda yapılan bir araştırmada [44], kaybedilen bir müşterinin yerine yeni bir müşteri kazanmak için en az zaman, enerji ve para harcamak gerektiği ortaya konmuştur. Fakat bu durumun birçok işletme tarafından fark edilememesi, yeni müşteri arayışı içinde eski müşterilerini unutmasına ve onları kaybetme riski ile karşı karşıya kalmasına neden olabilmektedir.[45]

"Müşteri Sadakati Oluşturabilmek" için müşteriye sürekli ve düzenli olarak konforlu bir iş yapma ortamı sağlamak gerekir. Müşteri sadakatini sağlamak, kurumlar açısından sadece kazancı artırmanın değil; aynı zamanda hem ayakta kalabilmenin, hem de istikrarlı kârlılık sağlayabilmenin yolu olacaktır. Bu bağlamda, müşteri sadakatinin sağlanması için müşterinin kuruma karşı olan güven duygusunun devamlılığını sağlamak temel hedeflerden ve başarı kriterlerinden birisi olmalıdır.[46]

Eğer müşteriler, ''Müşteri İlişkileri Değeri'' açısından aynı nitelikleri temsil ediyorsa, işletme hangi müşterileri çekeceği veya elde tutacağı konusunda kayıtsız kalabilecektir. İşletmeler bu tip müşteri grubu için, kaynaklar elverdiğince daha fazla satın alınması yönünde müşterileri teşvik etmelidirler. Eğer müşteriler, ''Müşteri İlişkileri Değeri'' açısından geniş bir çeşitliliğe sahipse; ilişkilerini piyasa seviyesinde yöneten işletme, en değerli müşteri ilişkilerini alma potansiyeline sahip rakiplerin saldırılarına maruz kalabilecektir.[47]

İyi müşterileri tutma, sürekli kılma ve onları sadık müşteriler haline getirme işletmeler için vazgeçilmez önemdedir. Bugünün işletmeleri, Pazar şartlarının baskılarıyla müşteriye yönelme ve onları hoşnut tutmaya yönelik faaliyetlerini gözden geçirmek zorunda kalabilmektedirler. Hiçbir zaman tek bir faaliyet "müşteri yönlü" örgütü meydana getirmemektedir. Diğer yandan müşterileri uzun dönemde tutma birbiriyle bağlantılı

[44] Altunışık, Özdemir ve Torlak, **Modern Yönetim Yaklasımları**, Beta Yayınları, İstanbul. 2006,s.121
[45] Şentürk,**a.g.e**. s.8.
[46] Şentürk,**a.g.e**. s.8.
[47] Wayland ve Cole, **a.g.e**.s.10

.

yönetim faaliyetlerinin uygulanmasını zorunlu kılar. Böylece örgütsel etkinlik oluşturulup geliştirilirken, müşterilerle de ilişkiler kurularak, zenginleştirilir.[48]
Müşteriyi muhafaza etmenin anahtarı[49] , müşteriyi tatmin etmektir. Yüksek ölçüde tatmin olmuş bir müşteri :

1.Alışverişini uzun müddet devam ettirir,
2.İşletme, yeni ürünler ürettikçe ve mevcut ürünleri geliştirdikçe daha fazla satın alır,
3.İşletme ve onun ürünlerinden övgü ile bahsedeṛ,
4.İşletmenin ürünleriyle rekabet eden markalara ve onlarla ilgili reklâmlara aldırış etmez ve fiyat üzerinde de çok durmaz,
5.İşletmeye, ürün ve servis hakkında fikirler sunar,
6.İşlemler rutinleştiğinden mevcut müşterilere hizmet yapmaktan daha az masraf içerir.

Müşteriyi muhafaza etmeyi güçlendirmenin en önemli yolu, müşterilerin başka tarafa geçmelerini engelleyecek yüksek duvarlar örmektir.[50] Eğer müşterilerin işletmeyi terk etmeleri, işletmenin sermaye ve araştırma masraflarını artıracaksa veya sadık müşterilerin indirim hesaplarını kaybetmelerine yol açacaksa, böyle bir durumda işletme, müşterinin bir başka tedarikçiye gitmesini istemeyecektir. Bu meseleye daha iyi bir yaklaşım, müşteriyi daha yüksek derecede tatmin etmektir. Bu durumda, rakiplerin, sadece düşük fiyatlar veya kendilerini çekmek için bazı tekliflerle bu duvarları aşmaları zorlaşacaktır. Güçlü müşteri sadakatini yaratma görevine, ‘’Yakın İlişkiler Pazarlaması’’ denir.[51] Yakın İlişkiler Pazarlaması, işletmelerin, değerli müşterilerini tanımaları ve onlara daha iyi servis yapmaları için gerekli bütün bu adımlardan oluşur.

[48] Odabaşı, **a.g.e**.s.123.
[49] Kotler, **a.g.e.**s.48.
[50] Kotler, **a.g.e.**s.49.
[51] Lee Dick **, The Customer Relationship Management Planning Guide** V2.0, CRM Steps 1&2, Customer- centric Planning&Redesigning Roles, NewYork, 2000 s.79.

1.6.4.Müşteri İlişkileri Yönetimi'nin Tarihçesi

MİY kavramı, geleneksel pazarlama uygulamaları ve felsefesinde kullanılmayan ve bu yönüyle de pazarlama alanında yeni bir gelişmeyi ifade eden bir kavramdır. MİY kısaltması ABD medyasında 1989 yılında sadece birkaç defa geçmesine karşılık 2000 yılında bu rakamın 14 bine ulaştığı tespit edilmiştir . Hangi dönemde olursa olsun, vizyon sahibi yöneticilerin tümü müşterileri anlamanın işlerini geliştirmek için ne kadar faydalı olduğunun bilincinde olmuştur. 50 sektör üzerinde yapılan bir araştırmaya göre , 1923 yılında sektöründe lider olan işletmelerin 43'ü bugün hala o sektörlerin liderleri olarak kabul edilmektedir. Bu işletmelerin özellikleri analiz edildiğinde, hemen hepsinin de müşteriyi anlamaya yatırım yapan ve müşteri odaklı bir işletmecilik felsefesine sahip oldukları görülmektedir.[52]

MİY'in bugünkü boyutuna temel oluşturan güzel örneklerden bir tanesi de eski mahalle bakkallarıdır. Müşterilerinin neredeyse tamamını ismen tanıyan,ürünlerden hangilerini ne şekilde tercih ettiğini bilen bu bakkallara gönderme yapan Meta Group analisti Liz Shahnam MİY'i tanımlarken buradan yola çıkmaktadır:

"MİY aslında,pek de yeni olmayan bir kavram. Yeni olan kısım,geçmişte mahalle bakkalımızla yapabildiğimizi olası kılan teknoloji... O bakkalın az sayıda müşterisi ve herkesin tercihlerini aklında tutabilecek güçte hafızası vardı. Teknoloji, işte bu modelin gerçekleşmesini sağladı."[53]

Süreç olarak değerlendirildiğinde, eskiden yapılan uygulamaların da,günümüz de yapılanlara eşdeğer olabilecek nitelikleri taşıdıkları gözlenmektedir.Örneğin, geçmişte tüccarların ipek yolu ile özel ipekleri, halıları çağın aristokratlarına ve soylularına getirip, onlara özel olarak sunması; MİY açısından bakıldığında, müşterileri, gelir düzeyine göre gruplandırma olarak karşımıza çıkmaktadır. Gelecekte de rekabetin ve teknolojinin

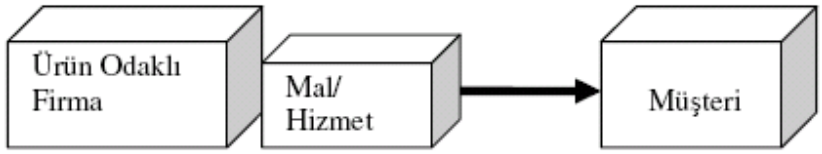
[52]Liz Shahnam,CRM,(Çevrimiçi)http://www.microsoft.com/turkiye/dynamics/crm/crm_nedir.mspx, Aralık 2009.

[53] Shahnam, **a.g.e**. p.2.

gelişmesine paralel olarak MİY uygulamalarının, çok daha küçük ve özel müşteri grupları için geliştirilmesi olasılığı sürpriz değildir.Tarihsel süreç içerisinde MİY'nin gelişimini şu şekilde sıralayabiliriz;[54]

19. Yüzyıl: Arzın talebi geçtiği bu dönemde firmalar ürün odaklı çalışmaktadır. Firma sadece ürünü üretmekte ve müşteri de ürünleri satın almaktadır. Müşteri ile ilgili hiç bir bilgi değerlendirilmemekte ve müşteriye ürünü satmak için çaba sarf edilmemektedir.

Şekil 1.3. 19.Yüzyıl Müşteri İlişkileri



Kaynak: Baran, B. ,2001, Enformasyon Teknolojilerinin Müşteri İliskileri Yönetiminde Kullanılması ve Bireysel Bankacılık Uygulamalarına Dönük Bir Model Önerisi,I.T.Ü.Yüksek Lisans Tezi,Haziran 11, s.12

1900 – 1950: Bu dönemde firmalar satış odaklıdır. Müşterilerin ilgileneceği düşünülen ürünler ortaya çıkarılmaya çalışılmaktadır.Reklâm, satış ve dağıtım kanalları ön plandadır.

Şekil 1.4. 1900-1950 Arası Müşteri İlişkileri

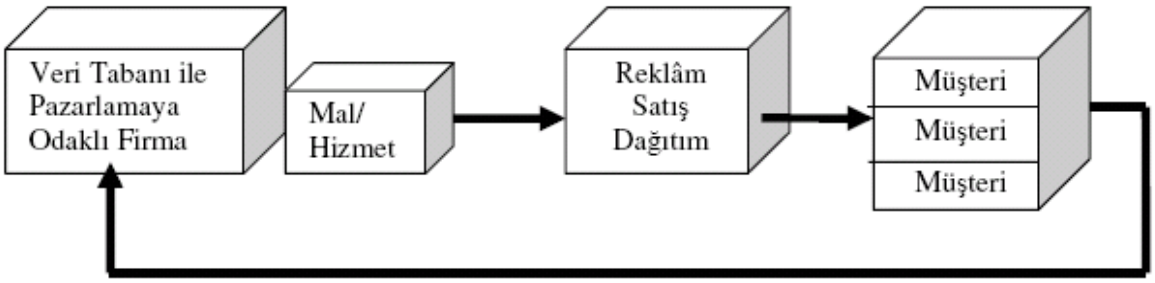


Kaynak: Baran, B. ,2001, Enformasyon Teknolojilerinin Müşteri İliskileri Yönetiminde Kullanılması ve Bireysel Bankacılık Uygulamalarına Dönük Bir Model Önerisi,I.T.Ü.Yüksek Lisans Tezi,Haziran 11, s.13

1950 – 1990: Firmalar veri tabanı kullanarak pazarlama yapmaktadır. Önceki pazarlama faaliyetleri sonuçlarından faydalanılmakta ve hedef müşteri kitlesinin istekleri doğrultusunda pazarlama yapılmaktadır.

[54] Baran, B., **Enformasyon Teknolojilerinin Müsteri İlişkileri Yönetiminde Kullanılması ve Bireysel Bankacılık Uygulamalarına Dönük Bir Model Önerisi**, I.T.Ü.Yüksek Lisans Tezi,Haziran 2001, s.13-14

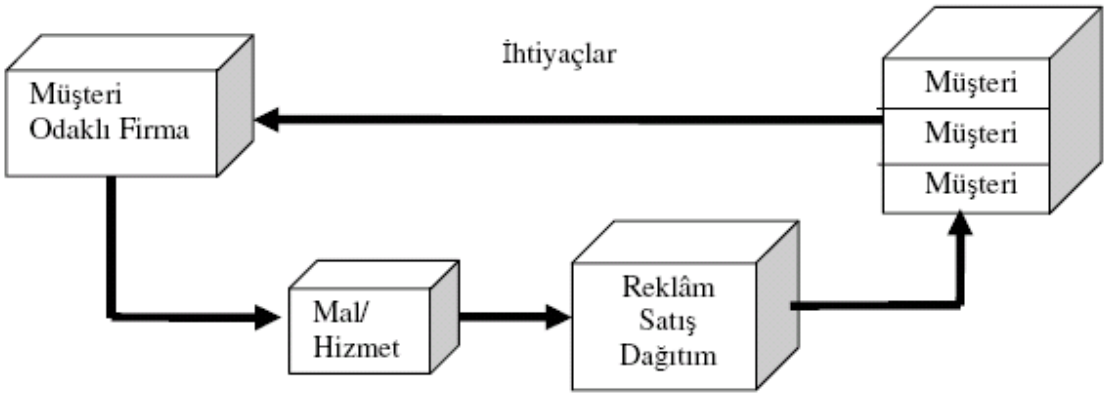
Şekil 1.5. 1950-1990 Arası Müşteri İlişkileri



Kaynak: Baran, B. ,2001, Enformasyon Teknolojilerinin Müşteri İliskileri Yönetiminde Kullanılması ve Bireysel Bankacılık Uygulamalarına Dönük Bir Model Önerisi,I.T.Ü.Yüksek Lisans Tezi,Haziran 11, s.13

1990 – 2003: Firmalar müşteri odaklı çalışmaktadır. Müşteri ile tüm kanallar kullanılarak iletişim kurulmakta ve müşterilerden gelen geri beslemeler değerlendirilmektedir. Müşterilerden hangi bilgilerin elde edileceği belirlidir.Bu bilgilerin ürün ve hizmetlerin üretilmesinde, pazarlamasında en verimli şekilde nasıl kullanılacağına odaklanılır.

Şekil 1.6. Müşteri Odaklı Firmalar



Kaynak: Baran, B. ,2001, Enformasyon Teknolojilerinin Müşteri İliskileri Yönetiminde Kullanılması ve Bireysel Bankacılık Uygulamalarına Dönük Bir Model Önerisi,I.T.Ü.Yüksek Lisans Tezi,Haziran 11, s.14

2003 ve Sonrası: Yenilikleri sürekli, hızla takip eden yani gerçek zamanlı firmalar gündemdedir. Yeni ihtiyaçları müşteri veya firma tarafından ortaya çıkarıldığına bakmaksızın hızla test etmek ve anında uygulamak bu firmalar için çok önemlidir.

Müsteri kendi ihtiyacına uygun malı/hizmeti tasarlayabilmektedir. Gerçek zamanlı firmalar müşterileri ve tedarikçileriyle bütünleşmiş firmalardır.

Şekil 1.7. Gerçek Zamanlı Firmalar



Kaynak: Baran, B. ,2001, Enformasyon Teknolojilerinin Müşteri İliskileri Yönetiminde Kullanılması ve Bireysel Bankacılık Uygulamalarına Dönük Bir Model Önerisi,I.T.Ü.Yüksek Lisans Tezi,Haziran 11, s.14

Türkiye'de, müşteri ilişkileri yönetimi kavramı, iş dünyasında yeni yeni gündeme gelmekte, bir pazarlama anlayışı olarak henüz yaygın olarak uygulanmamaktadır.

Tablo1.2. Geleneksel Pazarlamaya Karşı MİY Yaklaşımı

Geleneksel Pazarlama		**Müşteri İlişkileri Yönetimi**
İşleme odaklanma	⟷	Müşteriye odaklanma
Kısa döneme odaklanma	⟷	Yaşam dönemine odaklanma
Tek işlem	⟷	İşlemler toplamı
Yayılma yaklaşımı	⟷	Saldırgan yaklaşım
Tek yönlü iletişim	⟷	Çift yönlü iletişim
Ürünlerin yönetimi	⟷	İlişkilerin Yönetimi
Pazar payı önemli	⟷	Müşteri payı önemli

Kaynak: Garriele Piccoli, Peter O'connor, Claudıo Capacioli and Roy Alvarez, Customer Relationship Management A Driver For Change In The Structure of US Lodging Industry, Hotel Management, August 2003; 62.

MİY'nin,ABD ve Avrupa'dan sonra 1995'lerden bu yana, gecikmeli olarak Türk işletmelerinin gündemine girdiği söylenebilir. [55]

İlk yılların haberdar olma, bilgi toplama, danışma sürecinden sonra, Müşteri İlişkileri Yönetimi'nin yalnızca kısa bir süredir Türkiye'de uygulama şansı bulduğu gözlenmektedir. Geçen bu kısa zamanda Müşteri İlişkileri Yönetimi'nin hangi düzeyde (stratejik, taktik, operasyonel) ve hangi sektörlerde uygulandığı, nasıl anlaşıldığı, hangi versiyonlarının daha çok uygulama alanı bulduğu, ne tür yönetsel ve örgütsel değişimlere yol açtığı, ne tür sonuçlar alındığı ve benzeri soruları yanıtlayacak ve böylece Türkiye'de Müşteri İlişkileri Yönetimi'nin"statüsü"nü (uygulama kapsam, derinlik ve anlayışını) ortaya koyacak sistematik bir çalışma yapılmamıştır.Sektörler bazında incelendiğinde de ilaç sektörüyle ilgili de sınırlı kaynaktan söz etmenin mümkün olduğu görülmektedir.

1.6.5.Müşteri İlişkileri Yönetimi'nin Yararları

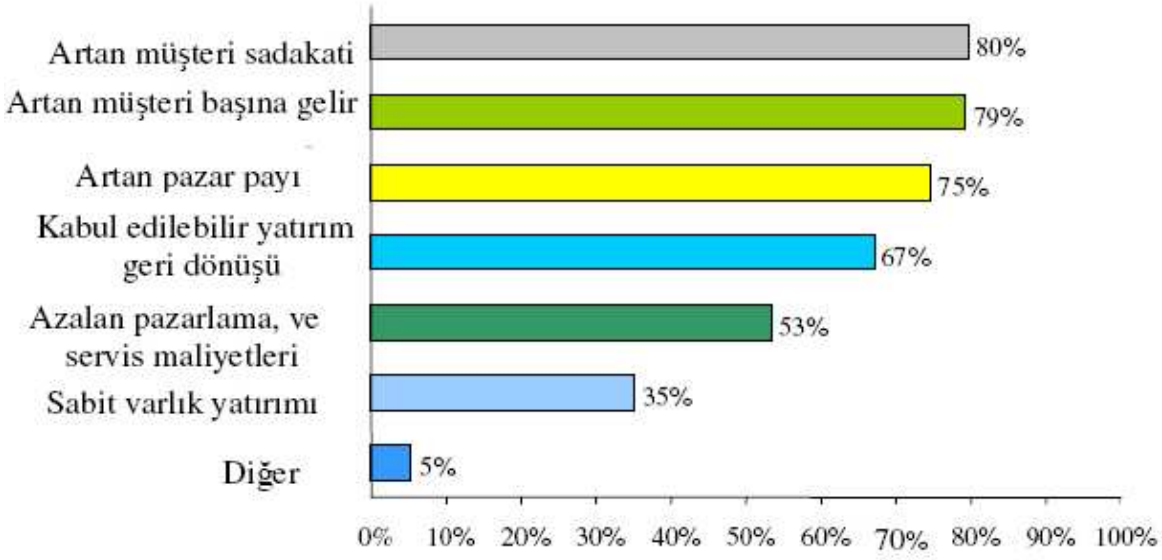
Müşteri İlişkileri Yönetimi uygulamaları;

- Bütünleşik çözümler sunar.
- Gelişmiş planlama ve tahmin araçları sağlar.
- İşbirlikçi ticaret süreçlerini destekler.
- Ticari işlem yönetim yetenekleri sağlar.
- Satış döngüsünün kısaltılması sonucu nakit artışı sağlayabilir.
- Daha iyi bir hizmete bağlı olarak müşteri memnuniyetini artırabilir.
- Müşteriye ulaşmak için teknolojik kanalların yerinde ve doğru kullanımına olanak sağlar.
- Dağıtım kanalları ile üçüncü sahışlar arasındaki ilişki kontrolünü sağlayabilir[56].

[55] Süzer, Hande D. **"CRM İşe Yaradı mı?"**, Digital-Capital Dergisi, yıl: 4,sayı:6,Ekim2004,s.8. http://www.ba.metu.edu.tr/~manclub/yayinlar/glokal/pazarlama/crm.html,05.06.2007

[56] Ayse N. Yereli, "Yönetim ve Ekonomi", **Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Yıl: 2001, Cilt:7, Sayı 1, s. 10.

Grafik 1.2. MİY Başarı Ölçümleri



Kaynak: Baloğlu, A., ''Başarılı CRM Uygulamaları İçin Anahtar Faktörler'', Bilgi Teknolojileri Kongresi Semineri IV Akademik Bilişim 2006

1.6.6.Müşteri İlişkileri Yönetimi Yaklaşımı

MİY projesi ile ilgili beklentiler şirketin yapısına, piyasanın durumuna ve dünyadaki dalgalanmalara bağlı olarak kısa, orta ve uzun vadede değişmektedir. MİY projesinin uygulandığı şirkette değisim büyük olur. Organizasyon yapısı, iş süreçleri, çalışanların iş yapma biçimi hatta çalışanların ve yönetenlerin düşünme şekli büyük oranda değişir. Yani, yeni ekonomi modelinin hedefine,geleneksel iş yapma biçiminden modern iş yapma biçimine ulaşılır.[57]

MİY projesinde temel özellik, pazarlama, satış ve servis aktivitelerinin günün teknolojik imkanları ile şirkette uygulanmasıdır. Bilgi işlem teknolojilerinin uygulanmasının hedeflerinden biri, isçiye değil, işe bağımlılığın yaratılmasıdır. Bir şirkette, çalışanların devamlılığı değil, işin devamlılığı önemlidir. Müşteri temas noktalarında kullanılan süreç

[57] Okudan, K. (2001). *Müsteri iliskileri Yönetimi(CRM: Customer Relationship Management)*: http://www.ytukvk.org.tr/

ve sistemler başta olmak üzere, MİY uygulamasını destekleyen operasyonel projeleri oluşturmak ve/veya iyileştirmeler yapmak projenin hayata geçirilmesinde başlıca koşullardır.[58]

Küreselleşme sonucu ortaya çıkan rekabet unsurları, kaynaklarda daha iyi planlama, maliyetleri kontrol altında tutma, stok seviyelerini minimumda tutma, taleplere süratle cevap verme ihtiyaçlarını açığa çıkarmıstır. MİY uygulamalarını zorunlu kılan nedenler ise aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Rekabet ortamı,
- Müşteri sayısının çokluğu,
- İletişim teknolojisinin gelişmesi,
- Teknolojinin ucuzlaması,
- Kültür düzeyinin artması ve bilişim toplumu olma yolundaki ilerlemeler.

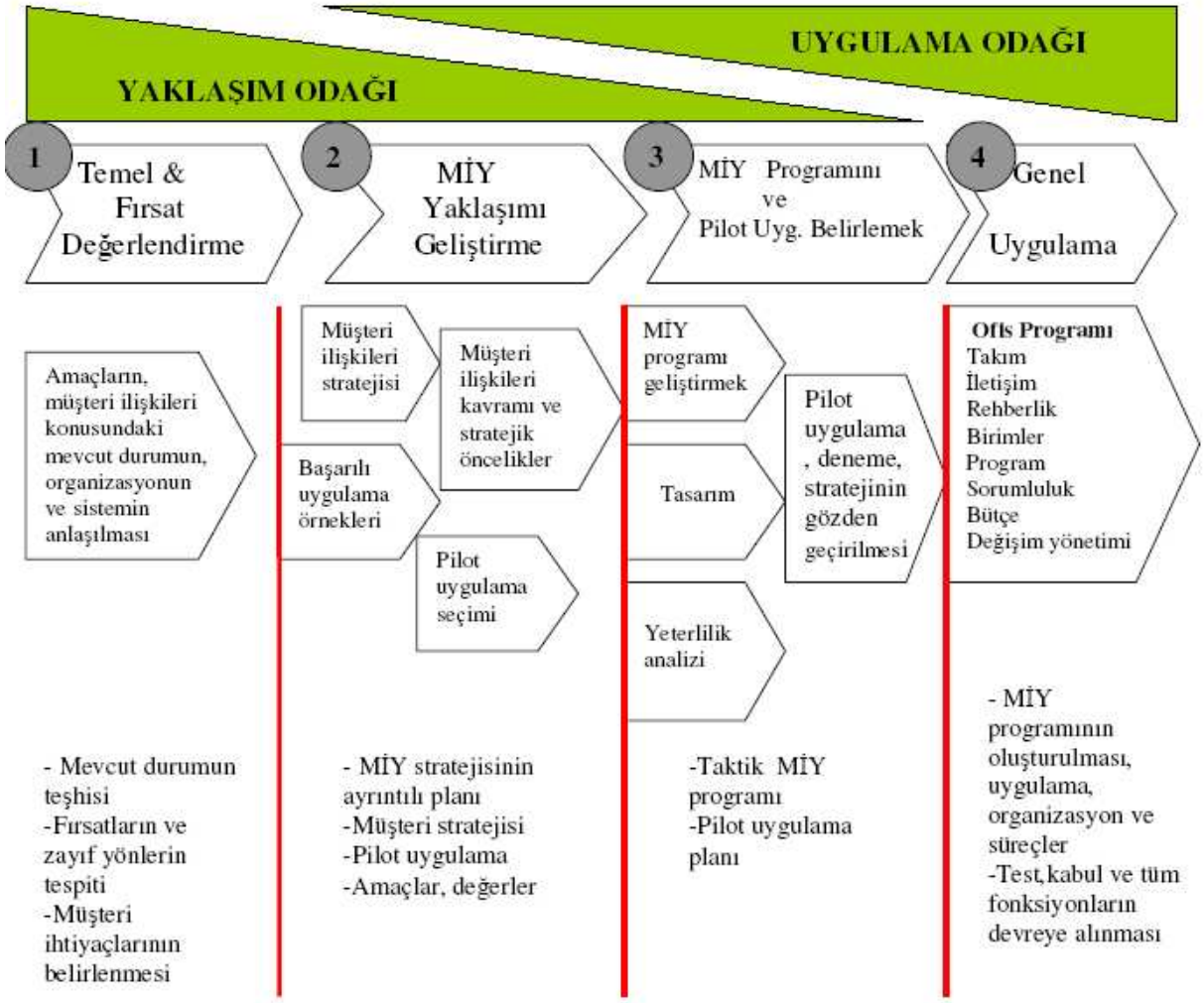
Başarılı bir MİY projesi öncelikle,

- Nerdeyiz?
- Nerede olmak istiyoruz?
- Neden istiyoruz?
- Ne yapılıyor?
- Neden yapılıyor?
- Nasıl yapılıyor?
- Nasıl yapılmalı?

sorularını araştıran bir sistem mühendisliği yaklaşımı ister.[59]

[58] Okudan, 2001.**a.g.e**.s.3.
[59] Taspınar, . ***Bilisim Altyapısıyla CRM*** :Seçkin Yayıncılık,İstanbul,2005, s.41.

Şekil 1.8. MİY Yaklaşımı



Kaynak: Köksal, G. (2005). "Müşteri İliskileri Yönetimi" Konulu Sunum Notlarından:KOSGEB, 2005.

1.7.MÜŞTERİ İLİŞKİLERİ YÖNETİMİNİN AMAÇLARI

İşletmeler, MİY stratejisi ile genel işletme amaçlarına destek olacak bir takım özel amaçları gerçekleştirme çabasındadırlar. Bu özel amaçlar, "müşteri" olgusu etrafında söz

konusu edilebilecek amaçlardır. Bu çerçevede, müşteri olgusuna yönelik bu özel amaçlar, altı ana başlıkta ele alınmaktadır[60] :

1.Yeni müşteri maliyetinin düşürülmesi; Yeni müşteri bulabilmenin maliyeti, mevcut müşteriyi elde tutabilmenin çok üzerinde olmaktadır.Pazarlama, taşıma, irtibat, takip, servis gibi işlemlerin yapılması yeni müşteri maliyetini düşürecektir. Müşteri kazanma, müşteri tutmaya kıyasla 5-10 kat daha pahalıdır. [61] Müşteri tutma süresi arttıkça, artan müşteri sadakati sebebiyle de ilave faydalar sağlayacaktır.

2. İşin hacimsel devamlılığını korumak için fazla müşteri edinmeye ihtiyacının azalması. Uzun dönemli müşterilerin sayısı yükselecek ve sonuçta çok yeni müşterinin elde edilmesi ihtiyacı aciliyetini kaybedecektir. Uzun dönemli müşterilerin sayısının yükselmesi ise onlarla kurulan sağlam ve kalıcı ilişkilerden doğrudan etkilenecektir.
Diğer bir ifadeyle, müşterilerle kurulan "dostluklar", onları uzun dönemli müşteriye dönüştürecektir.[62]

3. Satış maliyetlerinde azalma olması. Sadık müşterilere sahip olmak, satışlara bağlı maliyetleri düşürecektir. Çünkü pazarlama hamleleri ve satış promosyonları ağırlığını ve önceliğini kaybedecektir. Bununla birlikte, daha iyi dağıtım ve kanal bilgisi, sahip olunan müşteri üzerinde etkisini gösterecektir. Bu da pazarlama kampanya maliyetlerini azaltacaktır.

4. Daha fazla müşteri karlılığı sağlaması. Müşterinin harcaması yükseleceğinden, müşteriden elde edilen kâr daha da artacaktır.

5. Daha fazla müşteri ve sadakati sağlaması. Müşteri uzun süreli olduğunda müşteri sayısında da artış olacaktır.Böylelikle daha fazla ve daha sık satış olacaktır. Müşteri

[60] Petra Persson, Costumer Relationship Management and a CRM System Can Be Used in The Sales Proses,2004,s.11.
[61] Groth, R.,**Data Mining: Building Competitive Advantage**, Prentice-Hall, Inc. 2000,s.103
[62] Kırım, **a.g.e**.,s.137.

sadakatinin artması sonucu, beraberinde yeni müşterinin elde edilmesi için referans teşkil edecektir.[63]

6. Müşteri kârlılığını değerlendirme. İşletme, hangi müşterilerin daha kârlı olduğunu bilmek isteyecektir ve gelecekte hangilerinin kârlı olabileceğini değerlendirecektir. Bu da çok önemlidir, çünkü herhangi bir işteki başarının anahtarı ihtiyaç duyulan müşteriye odaklanmak ve onları elden kaçırmamaktır[64]

Bu çerçevede MİY için denilebilir ki, işletmenin müşterileriyle olan ilişkilerini geliştirmesi için, işletmelere yardım eden bir stratejidir. Eğer müşteriler işletmeye güvenir ve bilirlerse, tekrar alış veriş olasılıkları güçlenecektir. Öte yandan, eğer işletme, müşteriyi tanıyan bir sistem oluşturursa (web, müşteri hizmetleri gibi...), sadık müşteriler grubu oluşturarak gelirini artırma olasılığını güçlendirecektir.

Kısaca, MİY uygulaması, müşterilerle kaliteli ve tatmin edici/memnuniyet yaratıcı ilişkiler geliştirme kültürünün yanı sıra, teknolojik uygulamalarla desteklenme ihtiyacını göstermektedir.

1.8.MÜŞTER İLİŞKİLERİ YÖNETİMİNİN ARTAN ÖNEMİ

Pazarlamanın değişim sürecinde, son dönemde müşteri sadakatinin kritik önem kazanmış olması ile birlikte, işletmelerin bu yöndeki çalışmaları da artmaktadır. Müşteri ile olan ilişkiler ve bu ilişkilerin yönetilmesi günümüz rekabetçi iş dünyasında Pazar başarısını belirleyen faktörlerden biridir. Bu düşünce doğal olarak iş yapış yöntemlerini, işletmeler ve iş dünyasını etkilemektedir. Müşteri geçmişte olduğu gibi sadece sunulan ürün ve hizmet ile yetinmemekte ve bilgiye birçok kanaldan ulaşabilmektedir. İnternet aynı zamanda bu imkânı sağlamaktadır.

[63] Kırım, **a.g.e.** s.136.
[64] Patricia B.SEYBOLD, Ronni T.MARSHAK **, Müşteri Com İnternet'te Daha Karlı Bir İş Stratejisi Nasıl Yaratılır**, Çev:Ezgi SUNGUR, Epsilon Yayıcılık, İstanbul, 2001, s.53

Gelişen teknoloji ile internet kullanımı ve internet yolu ile çeşitli bilgilere ulaşmak gün geçtikçe daha da kolaylaşmaktadır. Bu sayede yeni ekonomi işlerinin ve iş yapış yöntemlerinin eskisinden farklı olacağı beklenilmelidir. Dünyanın bir ucundaki bir işletme, müşterilerine ve potansiyel müşterilere internet yolu ile anında ulaşabilmektedir, ürünlerini ve hizmetlerini pazarlayabilmektedir. Bu, en genel ifade ile günümüz uygulamalarında sınırların kalktığı ve müşterinin ciddi sayıda alternatif arasından seçme yapabileceği anlamına gelmektedir[65]

Daha önce var olan üretim, ürün ve satış odaklı süreçler, müşteri-üretici kopukluğuna ve dolayısıyla sadakatsiz müşteri ve yüksek riskli üretim süreçlerine neden olmaktadır. Bu nedenle gün geçtikçe önemi artan müşteri memnuniyeti anlayışı, müşteri odaklı süreçleri gündeme getirmektedir. Müşteri odaklı süreçlerde, üretilen mal veya hizmetin, proje aşamasından müşterinin tüketimine sunulana kadar, müşterinin yönlendirmeleri sonucu üretilmesi öngörülmektedir.[66]

Kısaca günümüz pazar mücadelelerinde ürün odaklı stratejiler yerlerini müşteri odaklı stratejilere bırakmaktadır. Müşteri odaklı stratejilerde ise, ürünün müşteriye nasıl ve ne şekilde ulaşacağından çok, uzun vadede müşteri ile kalıcı ilişkilerin kurulacağı ya da müşteri sadakatinin nasıl sağlanacağı önemdir. Müşterilerle bire bir ilişki kurmaya dayalı iş stratejileri, kitlesel pazarlamanın aksine, aktivitelerin odak noktasına müşteriyi konumlandırmaktır. Diğer bir ifade ile artık, müşteriler ile olan temasların sistematik hale getirilmesi, müşteri odaklı stratejilerin temelidir. Bütün bir işletme örgütünün değil de sadece pazarlama bölümünün ya da sadece müşteri hizmetlerinin bu felsefeyi benimsemesi, uygulamada birçok yetersizliklere neden olabilecektir. Bu nedenle, günümüzün müşteri odaklı stratejileri "müşteriye değer verme" felsefesinin tüm işletme tarafından sahiplenilmesine ve ayrıca çeşitli teknolojik gelişmelerden yararlanarak,

---

[65] Abdullah Bozgeyik, **CRM niçin Önemli?** Ve CRM Nasıl Rekabet Avantajı Sağlar?, ActiveDergisi, Kasım-Aralık 2001, Sayfa 2

[66] Richard Whiteley & Diane Hessan; *Customer Centered Growth* ; Addison Wesley Publishing Company, Canada.(Çevrimiçi) http://crmlab.clubs.bilkent.edu.tr/crm/crmveteknoloji.html Kasım2009

tüketicilerle ilgili bilgi toplama ve analizine ihtiyaç duymaktadır. Bu çerçevede, bu ihtiyaç için geliştirilmiş MİY yazılımları müşteri odaklı stratejiler için temel bir yardımcıdır.[67]

Bugün özellikle batı ülkelerinde ve Amerika'da, MİY ve bire-bir pazarlama uygulamasına geçmekte olan kuruluşların sayılarının hızla artmasının çok önemli bir temel nedeni olarak, söz konusu teknolojik gelişmenin katkısı ifade edilebilir. Çünkü modern bilgisayar teknolojisi, bunu olanaklı hale getirmektedir. Aksi halde gerçek anlamda birebir pazarlama, diğer bir ifade ile her bir müşteriyi tek tek tanıyıp onların ihtiyaçlarına göre ürün dizayn etme ve bunları söz konusu kişilere iletebilme olanağını yakalamak zorlaşacaktır. Aksi takdirde bunu yalnızca çok az müşteri portföyü olan işletmeler ile yapılabilecektir.[68]

MİY'in bir strateji olarak ele alınması; bütün müşterilerin eşit değerde olmadığı, bundan dolayı da maksimum kârlılığın, ancak, mevcut kaynakların "en çok kâr getirecek müşteriler" ile olan ilişkilere tahsis edilmesi gerektiğini vurgulamasıdır.[69]Burada özellikle, "amaçlar doğrultusunda kaynakların en etkin biçimde tahsis edilmesi"ne, kısaca "strateji" terimine vurgu yapıldığı görülmektedir. Rekabet gücü yaratılması ya da arttırılması açısından bu yaklaşımın fonksiyonelliği aşikârdır. Bununla birlikte, MİY düşüncesinin bir işletme felsefesi olarak ele alınması, "strateji"nin getireceği katkılarla kıyaslandığında, daha uzun vadeli ve kapsamlı bir bakış açısını temsil etmektedir. İşletmeler arasındaki pazar mücadelesinde de, "rekabet gücü" , ancak uzun dönemli yaklaşımlar çerçevesinde ele alındığında gerçek bir anlam ifade edecektir. MİY,işletmenin tüm faaliyetlerini kapsayacak bir ana felsefe olarak benimsendiğinde, işletmenin tüm politikalarının,stratejilerinin, önceliklerinin ve hatta yapılanmasının da yeniden dizaynı

[67] Groth, **a.g.e**.s.198
[68] Kırım,**a.g.e**.s.95)

[69] Buckinx, Wouter & Van den Poel, Dirk, "**Customer base analysis: partial defection of behaviourally loyal clients in a non-contractual FMCG retail setting**," European Journal of Operational Research, Elsevier, vol. 164(1), pages 252-268, July(Çevrimiçi) http://ideas.repec.org/p/rug/rugwps/05-348.html Eylül 2009

söz konusu olacaktır. Böylece müşteri odaklılık sadece belli stratejiler ve uygulamalarla sınırlı kalmayıp, her seviyedeki işletme çalışanına ve tüm işletme faaliyetlerine hâkim kılınabilecektir.

1.9.İLİŞKİSEL PAZARLAMA

Bugün dünya üzerinde, üretici işletmelerin karşı karşıya kaldıkları en temel sorun [70], müşteri sadakatinin giderek azalması şekliyle ifade edilmektedir. Bu bağlamda günümüzde işletmelerin en önde gelen hedeflerinden biri; tüketicilerle yalnızca bir defalık değil, tüketiciyle bir defadan daha fazla değiş-tokuş ve iş yapabilmektir. Kısaca, işletmeler müşteriyle ilişki geliştirmek ve bu ilişkiyi muhafaza etmek ihtiyacı içindedirler. Bu durum, bireysel müşterilerle uzun dönemli bir ilişki yaratmayı, sürdürmeyi ve güçlendirmeyi gerektiren "İlişki Pazarlaması"nı gündeme getirmektedir.

İlişkisel Pazarlama (Relationship Marketing) kavramı, pazarlama anlayışında ortaya çıkan en önemli değişimlerden birisidir[71] Dinamik pazar şartları ve rekabet koşulları, işletmeleri, pazarlama kavramının temelini teşkil eden değişim süreci üzerine odaklanarak sadece üretici- tüketici ilişkisinin işleyişiyle değil, bu süreçte yaşanan ilişkinin karakteri ve yapısı üzerinde durmaya zorlamaktadır. [72]

İlişki, marka ve tüketiciler arasındaki sürekli bir bağ olarak tanımlanmaktadır. Bu bağın kuvvetlenmesi sadakat kavramını gündeme getirecektir.[73] Daha önceki dönemlerde pazarlama anlayışı olarak, genellikle müşteri tatmini ve tatminin ölçümü üzerinde durulduğu görülmektedir. Günümüzde işletmeler için, yeni müşteri bulmak kadar, müşterileri ile yakın ilişkiler kurarak onları korumanın da çok önemli bir kârlılık alanı olduğunun farkına varılmaktadır.

---

[70] Kırım**,a.g.e.**s.46.
[71] Nevin, John R.: Relationship Marketing and Distribution Channels: Exploring Fundamental Issues. Journal of the Academy of Marketing Science 23 ,1995:s. 329.
(Çevrimiçi)http://www.sbaer.uca.edu/research/sma/2001/101.pdf Mayıs 2009
[72] Altunışık, Özdemir ve Torlak, **a.g.e**.s.19
[73]Shimp, **Journal of Retailing** Volume 82, Issue 2, 2006, Pages 127-136

Tablo 1.3. MİY'in Gelişim Aşamaları

	Geleneksel Yaklaşım	Geliştirilmiş Geleneksel Yaklaşım	Veri Tabanlı Yaklaşım	İlişki Merkezli Yaklaşım
Uygulamalar	Çapraz kanal sistemleri yok	Müşteri bilgileri	Sınırlı işlevsel bütünleşme	İşlevsel bütünleşme
Hizmetler ve destekler	Müşteri bilgilerine erişim yok	Müşteri bilgilerine erişim	İlişkisel bilgilere erişim	Satış ve hizmet bilgilerinde bütünleşme
Pazarlama	Pazarlama araçları yok	Pazarlama için sınırlı yaklaşımlar	Müşteri bilgi dosyası	Bütünleşmiş pazarlama
Karar Destek	Müşteri analizi yok	Sınırlı müşteri analizi	Veri deposu uygulamaları	Veri modeli analizi
Dönemler	1960	1970	1980	1990-2000

Kaynak: R.Kalakota ve M. Robinson; "E-Business Roadman Fon Success", Recep Baki Deniz, "Müşteri ilişkileri Yönetimi ve Elektronik Ortamda Müşteri İlişkileri Yönetiminin İşletmelere Sağladığı Yararlar", Pazarlama Dünyası, Mart-Nisan 2003.

İlişki Pazarlaması kavramı, uzun dönemli bir yaklaşıma dayanan üst düzeyde stratejik bir düşünce olarak algılanmalıdır.[74] Buna göre işletmelerin, müşteri ilişkisi, tüketiciyi elde tutmak ve tüketiciden sağlanan kârlılığı artırmak için dizayn edilebilecek temel bir iş yapış şeklidir. Son yıllarda ilişki pazarlaması stratejilerini uygulamada bilgi teknolojilerini kullanma görüşü de özel bir öneme sahip olmuştur. Bu durum, Müşteri İlişkileri Yönetiminin alanını oluşturur. Müşteri İlişkileri Yönetimi ile ilgili olarak genel kabul gören görüş, Müşteri İlişkileri Yönetiminin bir strateji olduğudur. Müşteri İlişkileri Yönetimine; iş'e müşteriden başlayan, tüm üretim ve iletişim kararlarını müşteri merkezli olarak belirleyen bir yönetim anlayışı ve rekabet avantajı sağlayan bir strateji olarak bakmak gerekir.[75]

İlişki Pazarlamasında amaç, müşteri ile işletme arasında sağlıklı, verimli, kârlı ve güvene dayalı uzun süreli bir ilişkinin oluşturulmasıdır.[76]

[74] Payne,. "Relationship Marketing: The UK Perspective", in **Handbook of Relationship Marketing**, Jagdish N.Sheth and Atul Parvatiyar, eds. Thousand Oaks, CA:Sage Publications, 2002,48-49
[75] Kırım**, a.g.e**. s.74.

İlişki pazarlamasına doğru yönelmenin nedeni olarak birçok faktör öne sürülebilir. Bunlar; tüketicilerin daha fazlasını talep eder hale gelmesi, kaliteli ürün ve hizmetlerin artması ve çeşitlenmesi, uygun fiyat, zamanında dağıtım, satın almaya uygunluk, iyi bir tüketici hizmetiyle desteklenmiş tüketici değeri arzusudur[77] . Aynı zamanda tüketicilerin özel istek ve ihtiyaçlarına göre biçimlendirilmiş kişiye özel ürün ve hizmetler, bilgi teknolojisindeki gelişme, esnek üretim sistemi ve yeni pazarlama süreçleriyle kişiye özel kitlesel üretime (mass customizasyon) geçilmesi; müşterileri rakiplere kaptırmamak için ilişki pazarlamasına başvurmayı zorunlu kılmaktadır.[78]

İlişki Pazarlaması, çok değerli müşterilerin belirlenmesi ve bu müşterileri markaya veya işletmeye bağlamayı esas alan bir felsefedir [79] İlişki pazarlamasının, pazarlama teorisinde ve pazarlama iletişimi felsefesinde büyük bir değişimi temsil ettiği, önde gelen birçok pazarlama akademisyeni tarafından kabul görmüştür.[80]

İlişkisel pazarlamanın özündeki temel prensip, müşteriyi tanıma, anlama ve ona göre davranabilme sanatı ve böylece, insanın doğasındaki bazı duyguları (vefa, sadakat, karşılık verme gibi…) yetenekleri tetiklemektedir. Daha ortada ilişkisel pazarlama kavramı yokken, mahalle bakkalının veya öngörülü banka şube müdürlerinin kendi müşterilerine özel muameleler veya avantajlar sağlaması, söz konusu "tetikleme" psikolojisine yönelik mikro örneklerdir. İşte onların kendi içlerinden gelerek yaptıkları bu türden basit uygulamaları, kurumsal bir yönetim felsefesi haline getirebilme sanatına, ilişkisel pazarlama veya onun uygulama yönünü oluşturan müşteri ilişkileri yönetimi demek yanlış olmayacaktır.

---

[76] Odabaşı, **a.g.e.**s.124)

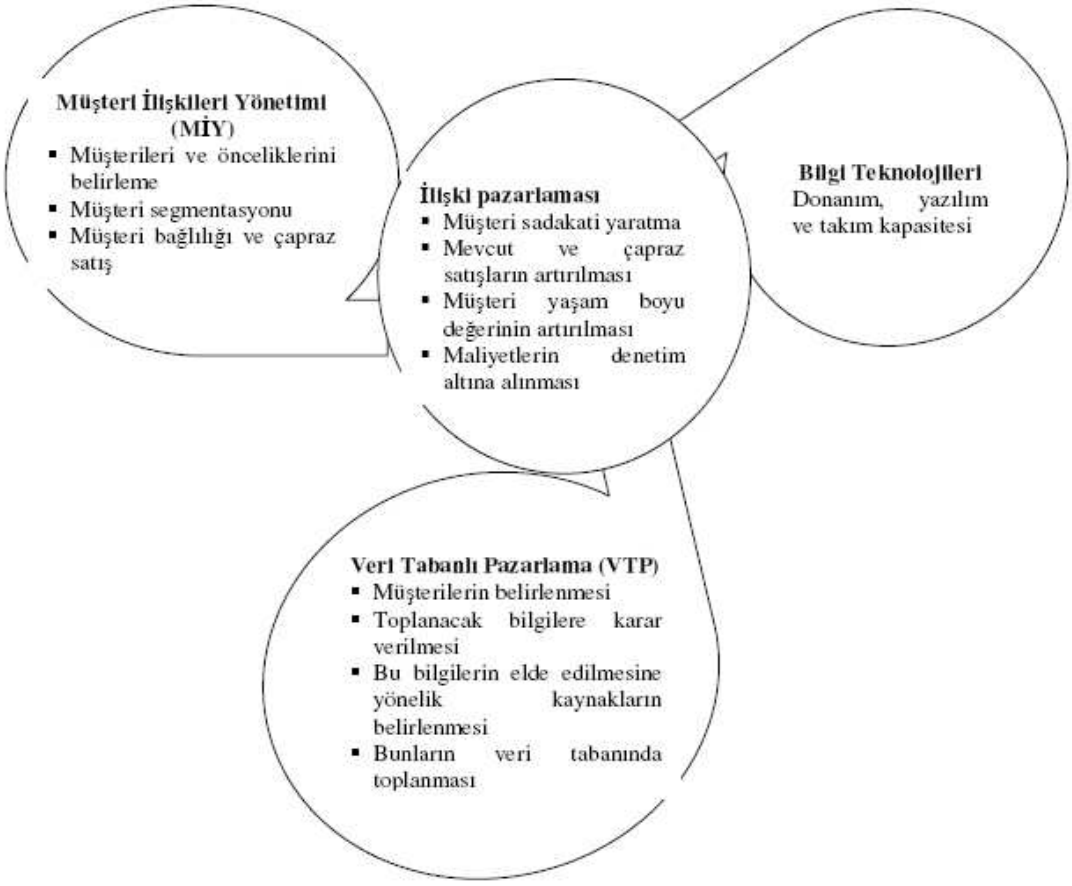
[77](Gordon,1998:28(Çevrimiçi)http://ujdigispace.uj.ac.za:8080/dspace/bitstream/10210/318/20/RMae.pdfNis. 2009

[78] Belch ve Belch, *Introduction to Advertising and Promotion: An Integrated Marketing Communications Perspective*,Irwin,Homewood,(Çevrimiçi)http://www.jmimbae.org/course/syllabus_iii.pdf Ocak 2009.

[79] WELLS, William, and BURNETT, John, MORIARTY, Sandra, **Advertising Principles and Practice,** Fourth Edition, Prentice-Hall, New Jersey, 1998, pp. 243.

[80] Morgan, Robert M. and Shelby D. Hunt (1994), "The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing," Journal of Marketing, 58 (July), s.33.

Şekil 1.9. İlişki Pazarlaması, VTP, MİY ve BT Arasındaki İlişkiler



Kaynak: Serpil Çalışkan, **Satış yönetiminde müşteri ilişkilerinin geliştirilmesi ve zihin dili programlama (NLP) tekniğinin bir satış eğitim modeli olarak uygulanabilirliği**, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2006, s.17.

Bir mahalle bakkalının kendi küçük ortamında bu tür işlevleri basitçe ve içten gelerek uygulaması adı konmamış ve sistematize edilmemiş bir ilişkisel pazarlama stratejisine işaret ediyordu. Ama sahiplikle iş görenin birbirinden ayrıldığı ve sahip adına iş görenlerin hareket ettiği bir durumda bu ciddi bir uygulama problemine dönüşebilecektir. İş görenlerde işletme sahibinde olduğu gibi, müşterilerle sürülebilir ilişki geliştirme motivasyonu ve sürdürme çabasının kendiliğinden ortaya çıkmasını beklemek, insan psikolojisi çerçevesinde söz konusu olamaz. Bunu gerçekleştirmek için, yeni bir yönetim

yaklaşımı, örgütsel düzenleme ve motivasyon sistemleri gereklidir. İkincisi, yüzlerce şubede, milyonlarca müşteriyi ilgilendiren yaklaşımlar, insan beyninin bireysel limitlerini aşarak kurumsal açıdan ciddi ve profesyonel yaklaşımları devreye almayı gerektirir. İşte burada, devasa bilgi yükünü işleyen bilgi teknolojileri yardımıyla,ilişkisel pazarlama ve MİY devreye girmekte ve bu düşünce biçiminin kurumların günlük yaşamlarının bir parçası olmasını sağlamaktadır.[81]

[81] KIRAL, C**., "İnsan Faktörü**" CRM Pro, Sayı 3 ,s.37 Haziran 2004.

İKİNCİ BÖLÜM

MÜŞTERİ İLİŞKİLERİ YÖNETİMİ'NİN BİLEŞENLERİ

2.1.MİY BİLEŞENLERİNE GENEL BAKIŞ

Bugün MİY çözümleri olarak nitelendirilen uygulamalar ile geçmişteki uygulamalar arasında birçok yapısal benzerlik ve farklılıklar vardır. Aslında farklılıklar, MİY'in geçirdiği evreleri de ortaya koyması açısından önemlidir. MİY'de yeni bir dönem başlamasına neden olan en temel gelişme, çözümlerin içerisinde yer alan analitik özelliklerin gerçek zamanlı ve çok daha kapsamlı hale gelmesi olarak belirtilebilir.[82]

Bu özellikler çeşitlendikçe MİY çözümleri de farklılaşmaya başlamıştır. Bu anlamda üç temel MİY yapısından söz etmek mümkündür [83]:

2.1.1. Operasyonel MİY: MİY'in bu biçimi aslında tipik iş fonksiyonlarının kapsandığı MİY çözümlerinden oluşmaktadır. Bu fonksiyonlara örnek olarak müşteri hizmetleri, sipariş yönetimi, faturalama, satış ve pazarlama otomasyonu gibi süreçler gösterilebilir .[84] Bu çözümler daha çok kurumsal sistem içerisindeki finans, insan kaynakları gibi farklı iş fonksiyonlarının entegre bir yapıya kavuşturulması için kullanılmaktadır. Operasyonel MİY, müşteri ilişkilerinin yaşam döngüsü açısından, satış öncesi, satış alanı ve satış sonrası MİY olarak üç aşamada ele alınır:

2.1.1.1.Satış öncesi / pazarlama alanında MİY: Yeni müşterilerin kazanılması, buna yönelik kampanya ve aktiviteler, mevcut müşteriler ile ilişkilerin güçlendirilmesi ve müşteri bağlılığını arttırıcı aktiviteleri içermektedir. Bu aktiviteleri gerçekleştirmek için gerekli kanal koordinasyonu, bu aşamada gerçekleştirilir**.**

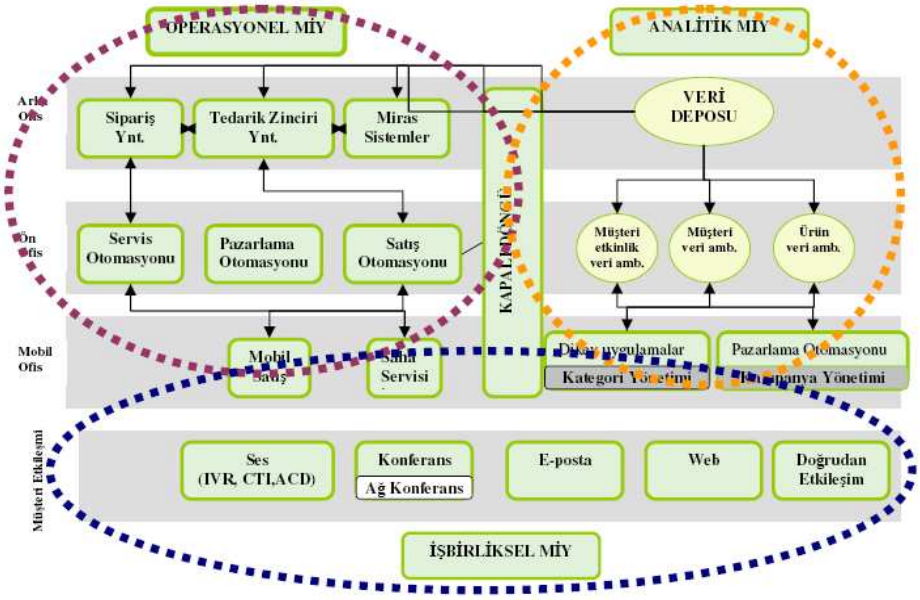
---

[82] Wang, Y., Lo, H.P., Chi, R., & Yang, Y. An integrated framework for customer value and customer relationship management performance: a customer-based perspective from China**.** ***Managing Service Quality***, 2004,s.613.

[83] Davids, M. (1999) **'How to avoid the 10 biggest mistakes in CRM?',** *The Journal of Business Strategy*, Nov/Dec., Vol. 20, No. 6, s.25.

[84] Bozkurt **Bütünleşik Pazarlama İletişimi,** MediaCat Yayınları, İstanbul,2000,s.86.

Şekil 2.1. MİY'in Temel Unsurları



Kaynak: Köksal, G. (2005). "Müşteri İliskileri Yönetimi" Konulu Sunum Notlarından:KOSGEB, 2005.

.

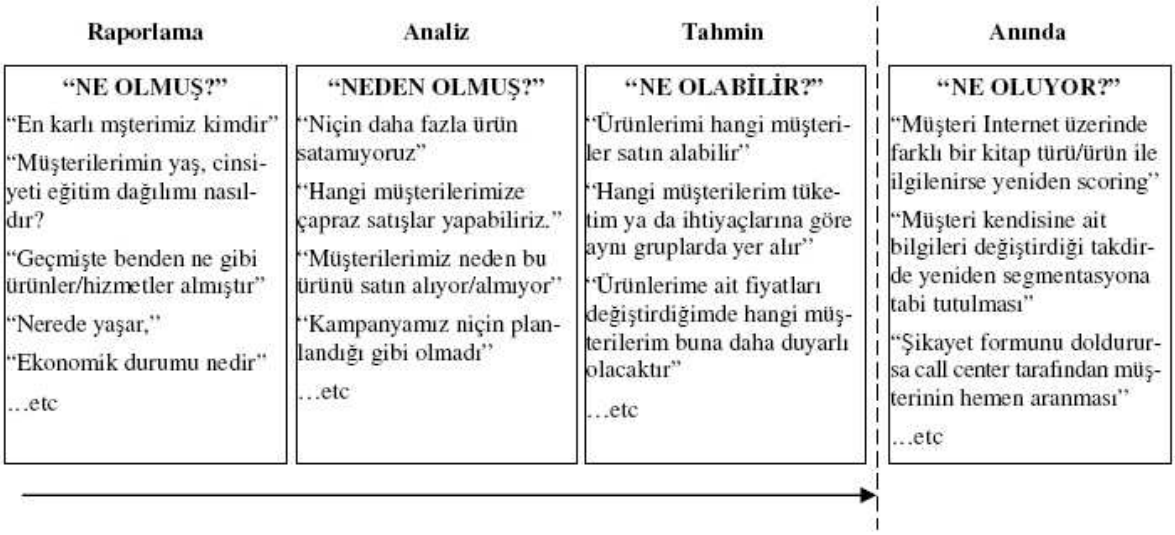
2.1.1.2.Satış alanında MİY: Bir müşteri ile belli bir ürün veya hizmetin satışı ile ilgili ilk ilişkinin kurulmasından, satışın olumlu ya da olumsuz tamamlanmasına dek geçen süreçleri içermektedir. Bu amaçla müşteri temsilcilerinin tüm faaliyetlerinin planlanması, hedeflerin belirlenmesi, faaliyetlerin sıralandırılması, sonuçlarının kaydı ve analizi bu aşamada gerçekleştirilmektedir. Saha satışı (satıcıların sahada yaptıkları satış faaliyetleri) ve internet satışı (e-commerce satışları) bu başlık altına girmektedir.

2.1.1.3.Satış sonrası MİY: Müşteri hizmetleri ile ilgili yapılan faaliyetler (servis, bakım, destek), müşteri memnuniyeti ölçümleri, şikayet yönetimi gibi konular bu aşamada gerçekleşir.

2.1.2. Analitik MİY: Analitik MİY, tüketicilere ait verilerin elde edilmesi, depolanması, işlenmesi, analiz ve tahminlere dönüştürülerek raporlanması faaliyetlerini ifade

etmektedir [85]. Böylelikle MİY'in operasyonel ve entegrasyon özellikleri üzerine analiz ve raporlama özellikleri de eklenmiş olmaktadır.

Şekil 2.2. Teknolojinin Genel Özellikleri



Kaynak: Semih Yalman,''CRM'', www.crminturkey.org/crm/archive/showppt.asp?pptId=19 (Çevrimiçi)2009

Teknolojiyi; girdileri çıktılara çevirmeye yarayan araçlar topluluğu olarak belirtecek olursak raporlama analiz ve tahmin yaparak işletmelerin yada mevcut durumun anlık haritasını çıkarma gücünü sağladığı söylenebilir.

2.1.3. İşbirliğine Yönelik MİY: Bu MİY biçimi aslında diğerlerinin en uygun birleşiminden oluşmaktadır. Müşteriler ile işletmeler arasında tam anlamıyla bir etkileşim ve koordinasyon ağının oluşmasına imkân veren bu çözümler, farklı iletişim kanallarından

[85] Şebnem Akın Acuner, **''Müşteri İlişkilerinde Hareket Noktası: Müşteri Memnuniyeti ve Ölçümü"** Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları,2001,s.3.

(web, telefon, e-posta vb) gelen bilgilerin değere dönüştürülmesini hedeflemektedir. İşbirliğine yönelik MİY çözümleri müşteri ile etkileşime imkân veren tüm fonksiyonları içerir [86]

2.2. MİY UYGULAMA BİLEŞENLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

MİY uygulamalarına geçmeye karar vererek ilk adımı atan firmaların amaçlarına ulaşmak için yapacakları yatırımlar üç ana sahaya dağılmaktadır: insan, süreç ve teknoloji. MİY projelerindeki en önemli başarı anahtarı, bu bileşenlere dengeli bir şekilde yatırım yapmaktır. Dünyadaki başarılı projelere bakıldığında başarının her zaman bu unsurların doğru birleştirilmiş olması ile ortaya çıktığı görülmektedir.

2.2.1. İnsan Gücü Bileşeni

"İnsan gücü bileşeni, müşteri odaklı yeniden yapılanma projelerinde en temel unsur olarak tanımlanabilir. MİY yolculuğuna çıkan işletme, ciddi bir değişim içerisine girecektir ve işletme kültürü bu değişim programının başarısında en belirleyici rolü oynamaktadır. Değişim kültürel ve organizasyonel olarak iki başlıkta toplanabilir. Kültürel boyutta bireylerin yeni düsünce, iş yapış biçimini anlamaları ve benimsemeleri gerekmektedir. Çalışanların ki işletmenin en degerli varlıklarıdırlar, değişmeleri hiç kolay bir süreç değildir. İnsanoğlu değişime zaten bir miktar direnç gösterir; bir de işletme kültürü yaratıcı, yenilikçi kadroları bünyesinde tutamıyorsa değişim hakikaten zordur." [87] İşletmelerin yaratıcı kadroları neden ellerinde tutamayacağı akla ilk gelen sorulardandır. Oysa yalnız kendisine verilen işi yaptığı, fakat hiçbir yenilik, iyileştirme önerisi getirmediği için işten çıkartılan personele rastlamak tersi bir duruma rastlamaktan daha zordur. MİY projelerinde yapılması gereken ise görev alan herkesin projedeki yerini belirlemek, bilginin değerini bilmesini sağlamaktır.Çalışanların, başarının bir parçası olduklarını hissetmelerini sağlamak gerekir.

[86] www.microsoft.com(Çevrimiçi Mart, 2009.
[87] Akça , ***CRM:Müşteri İlişkileri Yönetimine Giriş***.İstanbul,2003,s.1-3

MİY projelerinde değişim talebi üst yönetimden gelmiyor ise çalışmaların başarılı olma şansı yoktur. Üst yönetim (şirketin sahibi, genel müdürü, yürütme kurulu başkanı vb.) MİY projesini işletmenin geleceği olarak görüyor ise başta yöneticiler olmak üzere diğer çalışanların katılımı da sağlanmalıdır. Fakat işletme, o zamana kadar değişimi desteklememiş, yaratıcı personelini uzaklaştırmış ise yönetim ne kadar MİY'i kurmak istese de değişim projesini yürütecek kaynağa sahip olmayacaktır.[88] Kısacası MİY projeleri değisim projeleridir. Bu projelerin başarısındaki en büyük engel değişimin yönetim tarafından desteklenmemesi ve çalışanların değişime direncidir. Unutulmamalıdır ki MİY projeleri yazılımlar, danışmanlar ile değil, o işletmenin insan kaynağı ile yapılır.

2.2.2. İş Süreçleri Bileşeni

MİY projeleri müşteri odaklı yapılanmayı amaçlamaktadır. Yani artık hedef, tüm iş süreçlerinin müşteriye en fazla değer sağlayacak şekilde gözden geçirilmesidir. Bunun için iş süreçleri bileşeni, MİY projelerinin en hassas kısmıdır; çünkü, işlerin yapılış şeklini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda en riskli kısımdır; çünkü, burada hata yapılırsa proje başarısızlığa uğramaktadır.

Birçok işletmenin iş süreci yanlışları vardır. Bu yanlışlar, müşterinin istekleriyle iş süreçlerinin sonuçlarının uyuşmamasından, müşteriyi etkileyen iş süreçlerinin hatalı, eksik tasarlanmasından dolayı ortaya çıkar. Sürekli yöneticinin onayını gerektirme, müşterinin isteklerine herhangi bir değer katmama, şirket kültüründen dolayı gerektiği gibi yerine getirilememe, çalışanların şirketin amaçlarını anlayamamasından dolayı düzgün yapılamama iş süreçlerini hatalı yapan özelliklerdir. Bazı yöneticiler MİY teknolojilerinin bu hatalı iş süreçlerini düzelteceğine inanırlar. Oysa MİY teknolojilerinin yapacağı şey sadece bu iş süreçlerini hızlandırmaktır. İş süreçlerini yeniden tasarlamak otomasyona geçmekten çok daha önemlidir.[89] Bunun için yapılması gereken öncelikle müşterilere en fazla zorluk çektikleri süreçleri ve önerilerini sormaktır. Çalışanlara da benzer sorular sorulup önerileri alınmalıdır. Bu öneriler analiz edilmeli ve mantıklı

[88] Akça **a.g.e**.s.2.
[89] Akça **a.g.e.**s.3.

olanları değerlendirilerek süreçler yeniden gözden geçirilmelidir. Önemli olan amaçtan sapmamaktır. Amaç müşterilerin isteklerini, ihtiyaçlarını en kolay yoldan karşılayacak iş süreçlerini geliştirmektir. Asıl amaç ise değerli müşterileri sadık hâle getirmek ve yeni müşteriler kazanmaktır.

2.2.3. Teknoloji Bileşeni

Bir şirkette süreçler, hedefler doğrultusunda tasarlandıktan, üst yönetimin ve çalışanların desteği sağlandıktan sonra teknolojinin fonksiyonu kendiliğinden ortaya çıkacaktır. Bilgisayar, internet ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler sonucunda müşteri ilişkileri daha verimli ve etkin yönetilebilmekte, müşterilerle birebir ilişki kurulabilmekte ve sadece kısıtlı sayıda değil, çok fazla sayıda müşteriyle birebir ilişki kurma olanağı elde edilmektedir. Teknoloji, müşteri ilişkilerinde sadece firma açısından değil, müşteri açısından da önemli farklılıklar yaratmaktadır. "Müşteri artık bilgiye daha kolay erişebildiği için kararlarında daha seçici olmuş ve beklentileri yükselmiştir. Yeni iş modellerinde, özellikle e-iş modellerinde müşteriye sunulan alternatiflerin artması ve bu alternatiflerin hızlı, kolay bir biçimde sunularak müşterinin kendisi için en uygun ürünü talep edebilmesi, müşteri tatmin seviyesini değiştirmiştir."[90] Bunlara rağmen teknoloji her derde deva değildir. İşletmeler sadece bir yazılım geliştirerek veya satın alarak MİY oluşturamazlar. Gerçekten yeterli bir çözüm oluşturulabilmesi için teknolojinin diğer bileşenlerle dengeli bir şekilde bir araya getirilmesi gerekmektedir. Yüksek teknoloji kullanan birçok MİY uygulaması başarısız olabilirken, diğer bileşenlerle etkileşimi iyi yapılmış orta düzey teknoloji kullanan pek çok MİY uygulaması başarılı olabilmektedir. Önemli olan, teknolojiyi doğru şekilde kullanmaktır.[91]

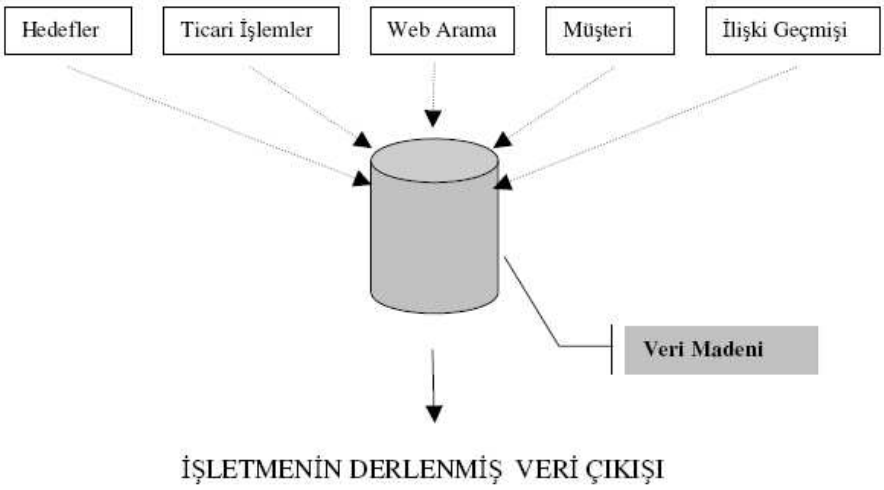
"Teknolojinin satın alınması, bu teknolojiyi kullanabilecek çalışan ve müşteri olmadığı sürece hiçbir anlam ifade etmemektedir. Teknolojiyi kullananların, sistemin kullanım şekli, kabiliyetleri ve sistemden beklentiler konusunda bilgilenmesi

[90] ÖZMEN Ömür Timurcanday, ARBAK Yasemin, SAATÇİOĞLU Ömür, **"Örgütsel Baglılığm Neden ve Sonuçlarına İlişkin Bir Model Analizi",** Üçüncü Verimlilik Kongresi Bildirileri, MPM Yayınları;599, Ankara, 4-16 Mayıs 1997

[91] Aksoy, Ulukaya,Stratejik CRM Uygulamaları, Bilge yayınevi, İstanbul, 2003, s.52.

sağlanmalıdır.Teknoloji gerçek değerini, onu her gün kullanan insan ile kazanır. Örneğin birçok satış gücü uygulaması, uygulamayı kullanacak satış personelinin ihtiyaçları yerine üst yönetimin raporlama ihtiyacını çözmek için oluşturulduğundan başarısız olmaktadır. Buna benzer birçok MİY teknolojisi müşteri tarafından bakıldığında, çok az veya hiç fayda sağlamamaktadır. Örneğin bir müşteriye hizmet etmeye çalışan çağrı merkezi görevlisi teknolojiyi doğru kullanamıyorsa ve ekran tasarımları vb. buna uygun yapılmamışsa kullanılan teknoloji ne kadar iyi olursa olsun sonuç başarısız olacaktır."[92]

Şekil. 2.3. Sonuç Bilgisinin Elemanları



Kaynak: Macht,Joshua,'' Are You Ready for Electronic Partnering?'' Inc. Technology, No; 4 s.43, 1995.

CRM Institute Turkey'in Ocak 2001'de yaptığı çalışmada, katılımcılardan MİY'de organizasyon açısından ön plana çıkan 3 ana faktörü (insan gücü, iş süreçleri, teknoloji) önem sırasına koymaları istenmiştir.[93] Oranlar Şekil 2.4.'de gösterildiği gibidir.

Aşağıdaki grafikte süreç ile teknolojinin oranları, teknolojiye olan zaafı ve tek başına teknolojiden beklentileri gözler önüne sermektedir. Bu oranlar dünyada da Türkiye'deki

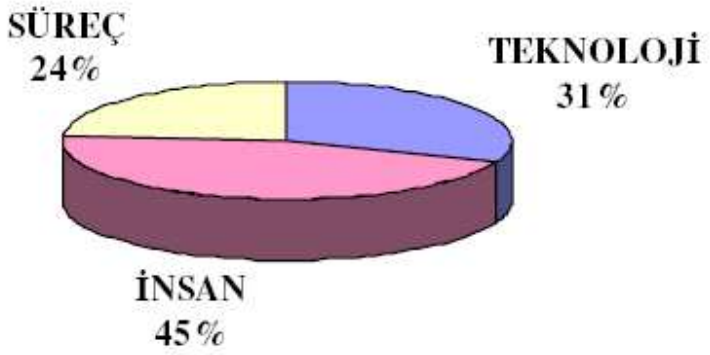
[92] Aksoy, Ulukaya **a.g.e**.,s. 51-52.

[93] Esra Nam, **CRM ve Günümüz Şirketlerinin Müsteri Odaklılık Seviyelerini ÖlçmeyeYönelik Bir Model Önerisi,** Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2002, s.20

oranlara yakın çıkmıştır. Sadece süreçler ile teknolojinin önem sırası dünyadaki uygulamalarda tam tersidir [94]

Her ne olursa olsun teknolojinin, MİY'in kendi amaçlarına ulaşması için kullanılan bir araç olduğunun unutulmaması gerekir. MİY, şirket stratejisi çerçevesinde belirlenmesi ve seçilen operasyonlarla, teknolojilerle desteklenmesi gereken bir yönetim felsefesidir.

Şekil 2.4 Türkiye'de MİY Faktörlerinin Yüzdesel Olarak Dağılımı



Kaynak: Esra Nam, **CRM ve Günümüz Şirketlerinin Müsteri Odaklılık Seviyelerini Ölçmeye Yönelik Bir Model Önerisi,** Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2002, s.20

MİY, temelde şirketin var oluş amacına yani müşteriye hizmet eder .[95] MİY'i teknoloji olarak kabul etmek ve bu projeleri sadece teknoloji gözlüğü ile değerlendirmek, gerçekleri göz ardı etmek demektir ki bu MİY projelerini başarısızlığa iten başlıca nedenlerdendir.

[94] Nam **a.g.e.**s.20.
[95] Ebru Ertüreten, **"Yeni Ekonomi",** (Çevrimiçi) http://inettr.org.tr/inetconf7/bildiriler/91.doc.Mayıs 2009

2.3. MİY SÜRECİ

Başarılı MİY uygulamaları için öncelikli koşul, konuya bütünsel yaklaşılarak, MİY'in işletme de "ne tür bir değer yaratma" beklentisi ile ortaya konulduğunu tanımlamak ve işletme yönetimi ile satış&pazarlama yönetimi arasında görüş birliğine varıldıktan sonra, işletmeye özgü bir MİY süreç modelini oluşturmak gereklidir.[96] Konunun stratejik tarafı ön planda olduğundan, tepe yönetimin de aktif katılımının sağlanması gerekmektedir. Literatür taraması, bir çok araştırmacının,[97] MİY'in hayata geçirilmesinde önemle durulması gereken bazı noktaları vurguladıklarını göstermektedir. Bu noktalar şu şekilde belirtilebilir:

1.Kültürün Önemli Olduğu Devamlı Olarak Hatırlanmalıdır: MİY çözümü, yeni bir yazılım paketinden çok daha öte bir uygulamadır. MİY, aynı zamanda kullanıcıların mantalitesini, iş yapma biçimini ve diğer işletmelerle ilişkilerini etkileyen bir süreçtir. Bu süreç kapsamında müşterilerden çalışanlara kadar katılımcı ve paylaşımcı bir yapının oluşturulması, bu yapının kurum kültürüne entegre edilmesi gerekir.[98] Bunun yanında, bu işbirlikçi anlayış, bazı işletmelerin kültürüne uymayabilir. Zira bilgi paylaşımı takım çalışması gerektiren bir anlayıştır ve bunun organizasyon kültürü ile direkt ilişkisi vardır. Bununla beraber, eğer bir MİY uygulaması herkes için fırsat yaratan bir olanak olarak ele alınırsa, başarı oranları önemli ölçüde gelişecektir. Bu noktada MİY'in getirileri, iş süreçlerdeki etkileri ve oluşacak paylaşımcı ortam organizasyonel ölçüde ele alınmalıdır.

2.Gerçekçi Hedefler Konulmalıdır: MİY'in yerine getirilmesinde öncelikle bir proje yönetimi yaklaşımı oluşturulması gerekmektedir.[99] Sürecin temel dinamikleri belirlenmeli, zaman ve kaynak planı yapılmalı ve bu yönde hareket edilmelidir. MİY çözümünün kurum içerisine entegre edilmesinde gerçekçi ve net hedefler koyulmalı, bu süreçte herkesin projeye katılımı sağlanarak sahiplenme seviyesi artırılmalıdır.

---

[96] Kim,Hee-Woong : "***A Process Model For Successfull CRM System Development"***, July/August, 21(4), s. 22, 2004.
[97] Kim,Hee-Woong **a.e**.s.23
[98] Homans, George C. : "***Social Behavior as Exchange***," Small Groups, Ed. by. A. Paul Hare, Edgar R. Bogotta, Robert F. Bales, New York, Alfred A. Knopf, 1962.S.360
[99] Homans,**a.e**.,s.361.

3.Üst Düzey Yönetim Desteği Sağlanmalı ve Korunmalıdır: Başarılı MİY uygulamaları en üst seviyede başlar ve biter. Yönetimin tam desteğini almayan işletmelerin başarı elde etmesi mümkün değildir. Aynı şekilde yönetimin de süreci işler hale getirerek sürekliliği sağlaması gerekmektedir. Kural olarak, başarılı MİY uygulamaları yönetimin önderliğinde gerçekleştirilenlerdir[100] . Yönetim sürecin şeffaf olmasını sağlamalı, harcanan gayreti aza indirme yoluna gitmemelidir. Benzer olarak, ilk aşamalar kaydedildiğinde aynı yöneticiler elde edilen faydayı tüm işletmelere yaymakla yükümlü olmalıdırlar.

4.Çalışma Süreci Analiz Edilmelidir: MİY çözümünün profesyonel bir hizmet organizasyonuna uygulanması, işletme çapındaki işleyiş ve prosedürlerin gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi için mükemmel bir fırsat sunmaktadır.[101] MİY (yazılımı sağlayıcı işletmeden gelen) uygulayıcı takımla çalışan işletme yönetimi, MİY çözümüne aktarılacak veri kaynakları kadar işletmenin prosedürlerini de değerlendirmelidir. Bu, işletmenin başarısını arttıracak yeni prosedürlerin tartışılması ve geliştirilmesi için mükemmel bir zamanlamadır.

5.Doğru Yazılım Ortağı Seçilmelidir: Doğru çözüm sağlayıcıyla çalışmak tüm yazılım uygulamalarında önemli olmakla birlikte, MİY çözümünü başarıya ulaştırmada oldukça kritik bir öneme sahiptir.[102] MİY'in profesyonel bir hizmet organizasyonu tarafından ya da ürün odaklı bir kurum tarafından kullanılış biçimi birbirinden oldukça farklılık gösterebilecektir.

---

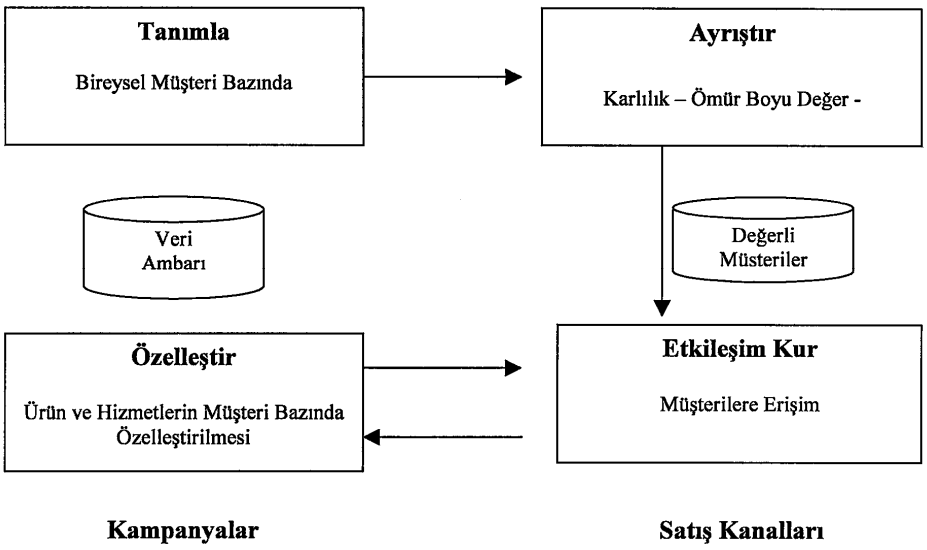
[100] Argyris, C. and Schön, D. *Organizational learning II: Theory, method and practice*, Reading, Mass: Addison Wesley.1996,s.118

[101] Jerry, Gren(Çevrimiçi)http://www.infed.org/thinkers/et-schon.htmMayıs 2009

[102] Markus and Robey's Causal Structure to Examine User Technology Acceptance Research: A New Approach," *Journal of Information Technology Theory and Application (JITTA)*, 8:2, 2006, s.21. (Çevrimiçi)http://melody.syr.edu/pzhang/publications/JITTA_07_Sun_Zhang_New_TAM.pdf Haziran 2009

Bu nedenle, hizmet odaklı çalışan bir organizasyon profesyonel hizmet çözümlerinde uzmanlaşmış bir yazılım sağlayıcı seçmelidir. Aynı derecede önemli olan bir diğer şey ise, yazılım çözümünün, işletme çapındaki diğer iş süreçleriyle bütünleşme yeteneğidir. Müşteri ilişkileri yönetimi ve yeni iş geliştirme aktiviteleri ile finansal performans arasında bağın etkin bir biçimde kurulabilmesi MİY'den elde edilen 'yatırım getirilerini'(ROI) arttırıcı rol oynamaktadır.[103] Son olarak, işletmeler MİY satıcıları tarafından sağlanan danışmanlık hizmetlerinin kalitesini (derinliğini ve genişliğini) yakından değerlendirmelidirler. Bir MİY çözümü, ancak, MİY'in işletmenin iş süreçlerine entegrasyonunda kullanılan uygulama metodolojisi kadar iyidir. Seçilen uygun çözümün, takım ruhu oluşturarak birlikte çalışmayı başarabilecek, başarıyı garanti eden, deneyimli ve işine bağlı bir ekip desteğiyle uygulanması; sonucu etkileyen bir faktör olacaktır.

Şekil 2.5. CRM Uygulama Adımları



Kaynak: Ayça Kunt, **Müşteri İlişkileri Yönetimi(CRM) ve Lojistik Sektöründe Bir Uygulama,**Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, 2004, s. 46

[103]Markus, M.L., Tanis, "The enterprise system experience - from adoption to success", in Zmud, R.W. (Eds),*Framing the Domains of IT Research: Glimpsing the Future Through the Past*, Pinnaflex Educational Resources, Cincinnati, OH, 2000, s.189.

Başarılı bir MİY'in ortaya konulabilmesi için uygulanması gereken süreçler, konusunda araştırmacıların görüş birliği sergiledikleri çeşitli hususlar bulunmaktadır.[104] Buna göre:

1. Müşterilerin birey olarak tanımlanması gerekmektedir: Yani her bir müşteri birey olarak tanımlanmalıdır. Bu bazı zaman bir müşteri numarası veya anahtar özlük bilgileri olabilmektedir. Bireyler tanımlanmalı ve o müşteri ile ilişkili tüm işlemler, bilgiler ve değişiklikler aynı satırda, müşterinin kod numarasına kayıt edilmelidir.

2. Analitik MİY: Müşterilerin değerlerine ve ihtiyaçlarına göre farklılıklarının belirlenmesi esas olmaktadır. Müşterileri tanımak, yani hangi kanalları kullandıklarını ve karlılık oranlarını belirlemek, analitik bir MİY yaklaşımı ile mümkün olabilir.

3. Sunulan ürün ve servislerin müşteriye uyarlanması: Bir pazarlama konusu olarak ele alınmalıdır. Analitik sonuçlara göre ürünlerin müşteriye uyarlanması gerekmektedir. Bu aşamada maliyetler, rekabet ve ürünün yaşam döngüsü gibi konuların verilecek kararlar üzerinde etkili olduğu bilinmelidir.

4. Etkin yöntemlerle iletişime geçilmesi: Bu noktada teknoloji önemli bir rol almaktadır. Uygulamada ortaya konacak fikirleri destekleyecek teknolojinin elde bulunması gerekmektedir. Örneğin müşteriyle önce telefonla iletişim kuruldu ise, müşteri 10 dakika sonra şubeye gittiğinde şubenin bu telefondan haberi olması gerekmektedir. Kısaca, teknoloji bu uygulamaların vazgeçilmez bir öğesi durumundadır.

5. Müşteri geri dönüşlerinin toplanması: Müşteri ile iletişime geçtikten sonra geri dönüşlerin toplanması ve analiz edilerek tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir. Sonuç olarak, bütün bu izlenen yollar sonucunda elde edilen verilerin müşteri tarafına olumlu etki etmesi düşünülmelidir. Bu aşamada işletme yönetimlerinin MİY işleyişini, akışlarını

[104] Wang,**a.g.e**.s.25

ve yatırımlarını iyi değerlendirmeleri gerekmektedir. Kurumsal strateji oluşturmada 'müşteriden' başlayarak yaklaşımda bulunmak ve bulunan yanıtlar çerçevesinde geri doğru çalışarak en uygun iş yapma modelini oluşturmak bugünün yüksek rekabet dünyasında en geçerli olan stratejik yaklaşımdır. Doğru MİY' i elde etmek için iyi bir planlamayla, eldeki bilgileri çok iyi değerlendirerek, teknolojinin çok iyi kullanılması gerekmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İLAÇ SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİMİ, TEMEL SORUNLARI VE GÜNCEL MİY UYGULAMALARI

3.1.İLAÇ SEKTÖRÜ'NÜN GENEL TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ

İlaç (tıbbi ürün) insanlarda hastalıklardan korunma, tanı, tedavi veya bir fonksiyonun düzeltilmesi yada insan yararına değiştirilmesi için kullanılan genellikle bir veya birden fazla yardımcı madde ile formüle edilmiş etken madde veya maddeleri içeren bitmiş dozaj şeklidir.[105]

3.1.1.Eski Çağlarda İlaç

İnsanların tarih boyunca yaşadıkları doğada hastalıklara karşı çare arayında oldukları görülmektedir. İlkçağda uygarlıkların kısa süreler içerisinde kurulup yok olmaları nedeni ile bu çalışmalar ve çalışmalardaki ilerlemeler aralıklı olarak sürse de tıp ve eczacılık biliminin temelleri eski çağlarda atılmıştır.

Yapılan tarihsel araştırmalar Mezopotamya ve Eski Mısır uygarlıklarında sağlık amacıyla çesitli bitkilerden yararlanıldığını ortaya koymuştur. İlk önce zehirli ve zehirsiz bitkilerin ayrımı yapılmıs ve daha sonra deneme yanılma yöntemi ile ilk bitkisel ilaçlar bulunmustur. Bilinen en eski farmakope olarak kabul edilen Mezopotamya Farmakopesi'nde yaklasık 250 dolayında bitkisel 120 dolayında hayvansal ve mineral drogdan bahsedilmiştir. Bu çağlarda ilaçların büyük bir kısmı bitkisel kaynaklardan hazırlandıgı ve su, şarap, bira, süt, yağ, bal ve balmumu gibi maddelerin kullanıldığı yapılan araştırmalar sonucu görülmüştür.[106]

Tedavi edici maddelerin belirli bir formül ve belirli şekilde kullanılması ilk olarak M.S. 130'lu yıllarda Bergamalı Galenos ile başlamıstır. Bu döneme kadar tıp ve eczacılık

[105] Dünya Sağlık Örgütünün(w.h.o.) ilaç tanımı. www.microsoft.com(Çevrimiçi) Mart 2009
[106] Turhan Baytop, Turhan, **Türk Eczacılık Tarihi,** İ.Ü. Eczacılık Fak. Yayınları, İstanbul, s.21.1985.

alanında büyük dalgalanmalar yaşanmıştır. Çok sonraları bilim adamlarınca alkol ve çesitli çözeltiler üretilmiş böylece doğuda da yapılan bilimsel çalışmalar artmıştır. Yapılan bu çalısmalar ticaret ve savaş gibi ilişkilerle batıya ulaşmıştır.[107]

Orta çağda ise bilimle uğraşan insanların Avrupa'da kilise tarafından dışlanması ve her şeyin cevabının bilimsel çalışmalarda değil de kutsal yazılarda aranması genel olarak bilimin gelişmesini etkilemiş ve bu yüzden tıp ve eczacılık alanlarında da pek fazla önem taşıyan gelişmeler yaşanmamıştır.

3.1.2.Medikal Devrim

İnsan sağlığı için çok büyük önem taşıyan ilaç, 19.y.y. başlarına kadar önemli bir gelişme gösterememiştir. Ancak 1800'lü yılların sonlarına dogru yaşanan sanayi devrimi ile ilaç artık fabrikalarda üretilmeye başlanmıştır. Fabrikalarda seri üretime geçmenin bir nedeni de dünya nüfusunun hızla artmasıdır. 20. yy. başlarında 1,6 milyar olan dünya nüfusu günümüzde 4 kat artarak 6 milyarı geçmiştir. Hastalıkların tanımlanması ve ilaçların etki alanlarının artması ile ilaç sanayi de doğal olarak hızlı bir araştırma ve geliştirme aşamasına geçmis, tedavi yöntemlerinde yenilikler aramış ve örneğin bazı aşılar, röntgen, insülin, penisilin, sülfonamit, kortizon, ve bazı kanser ilaçları ve yeni tedavi yöntemleri bulunmuştur.[108]

3.1.3.Terapötik Devrim

Sentetik kökenli 'harika' ilaçları temel alan terapötik devrim ise 1935 yılında ilk sülfonamit türevi ilaçların bir tesadüf eseri kesfedilmesi ile başlamıştır. Bu gelişmeye kadar hekimlerin kullanabileceği çok az sayıda ilaç mevcut olup bunlarında neredeyse

[107] Baytop **a.g.e**., s.22
[108] Kasım Cemal Güven, **Eczacılık Teknolojisi,** Modern Reprodüksiyon,İ.Ü.E.F. yay. İstanbul, 1987, s.8.

tümü doğal kökenli idiler. Bu güçlü antibakteriyelin keşfi tüm dünyada yankılar uyandırmıstır ve bu nedenle dünyanın sülfonamidlere olan ilgisi birden bire çok fazla artmıştır. Bunun üzerine ilaç firmaları bu orijinal molekülden daha güçlü etkileri olabilecek türevleri geliştirdikleri ve bu yeni moleküllerin patentlerini aldıkları taktirde satış hacimlerinin büyük ölçüde artacağının bilincine de çok kısa zamanda varmışlardır.[109]

Takip eden yıllarda dünya ilaç sanayi, 2. Dünya Savaşı'nın başlaması ve sülfonamidlerin yüksek oranda kullanılması sonucu insan vücudunda özellikle böbreklerde yaptığı hasarı da göz önünde bulundurarak başka ilaçları büyük miktarda üretebilmenin yolunu bulma zorunda kalmıştır. Bu çabalar sonucunda ortaya çıkan en önemli ilaç 1928 yılında keşfedilen ancak üretimdeki güçlükler nedeniyle o dönemde üretimden vazgeçilen penisilin olmuştur. Penisilinin seri üretimine yönelik çalışmalar ancak 1939 yılında ilacın tedavi edici özelliklerinin anlaşılması sonucu başlamıştır. Bu durum ilaç sanayinin yeni antibiyotiklerin üretim yöntemlerinin keşfine ve bu ilaçların formülasyonunu sağlayacak üretim makinelerinin geliştirilmesi için bilimsel araştırma geliştirme ve alt yapı yatırımlarının sağlanmasını da teşvik etmiştir.

Pfizer 1949 yılında tetrasiklinleri keşfedip 1950 yılında ticari isimle (terramycin) piyasaya kendi kurduğu dagıtım kanalı ile sunması ve bu sayede büyük ticari başarı kazanması gelecek yıllarda başlayacak marka rekabetinin öncüsü olmustur.Tetrasiklinlerin başarısı ilaçta araştırmaya yönelik bir akıma ve birçok firmanın bu nedenle farklı sanayi dallarından ilaç endüstrisine akın etmesine sebep olmuş dev kuruluşlar haline dönüşmesine yol açmıştır.

3.1.4.İlacın Uzay Çağı

Bir çok firma tarafından yapılan araştırma-geliştirme çalışmalarının altyapı yatırımları ve teknolojide yaşanan gelişmeler sonucunda her gün yeni ilaç molekülleri keşfedilmiştir.

[109] A.Cenk Yükselen, **Hekimlerin İlaç Tercihlerinde Pazarlamanın Önemi Ve Seçim Kararlarına Etkili Pazarlama Vasıtalarının Belirlenmesine Yönelik Pilot Arastırma**, Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletmeFak. , İstanbul, 2002.

İnsan vücudunun en ince ayrıntısına kadar fizyolojik çalışmasının öğrenilmesi, gen haritalarının öğrenilmesi, mikroskobik canlıların genetik özelliklerine müdahale ederek ilaç molekülleri ürettirilmesi (Re-kombinant DNA Teknolojisi) ve gelişen bilgisayar teknolojisi ile artık araştırmacıların masaları başında oturdukları yerden yeni ilaç molekülleri geliştirebilmelerine olanak sağlamıştır.[110]

Sonuçta dünyada silah sanayi ile boy ölçüşebilecek bir ilaç sanayi oluşmustur. Yeni moleküller geliştirebilen çok az sayıda gelişmiş ülke bu olanaklarını tüm dünyayla paylaşmıştır.

3.2.ULUSLARARASI İLAÇ SANAYİ VE GELİŞİM SÜRECİ

Teknoloji ve bilimde yaşanan hızlı gelişmeler yaşantımızın her alanında karşımıza çıkmaktadır. Globalleşme, yaşam standartlarının yükselmesi, teknoloji ve bilimin sonucudur. Teknolojik gelişmeler her alanda aynı hızla kullanılmaz. Fakat, teknolojik gelişmeleri hızlı bir biçimde kullanıma geçiren sektörlerden biri de ilaç sektörüdür.Sosyal sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu ülkelerde hükümetlerin sosyal sağlık politikaları ilaç sektörü üzerinde etkili olmaktadır. ABD, Japonya ve Avrupa'nın gelişmis ülkelerinde bireylerin yaşam sürelerinin uzaması ve düşük doğum oranı nedeni ile nüfus yaşlanmaktadır. Daha uzun ömürlü ve giderek yaşlanmakta olan bir toplumun ilaç tüketimi arttığı için ülkelerin sosyal sağlık harcamaları da yükselmektedir. Bu durumla karşılaşan gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik politikaları genellikle ucuz ve jenerik ilaç tüketimini teşvik eder nitelikte ortaya çıktığı için, ilaç endüstrisini doğrudan etkilemektedir. 1980'li yıllardan itibaren insan vücudunun biokimyasal yapısının çözülmesine yönelik araştırmaların sonuçları alınmaya ve daha önce başarıyla tedavi edilemeyen hastalıklar için yeni ilaçlar geliştirilmeye başlanmıştır. Ancak bu gibi ilaçlar oldukça yüksek araştırma ve geliştirme harcamalarının yapıldığı uzun bir zaman süresi sonunda piyasaya sürülebilmektedir. Bu nedenle, yeni ürün geliştirmekte olan şirketler, mevcut ürünlerinin satışından Ar-Ge çalışmalarını finanse edebilecek derecede

[110] Thomas L., **The Future Of Pharmacetucals, Biomedical Science and Human Healt**, John Wiley&Sons, New York, 1981.s.35

güçlü nakit akşını yaratabilmek zorundadır. Devletlerin sosyal-sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik politikaları ilaçlarda rekabeti çoğu zaman minimum fiyat düzeyine indirdiği için şirketlerin nakit akımlarını zayıflatmakta dolayısı ile daha etkili yeni ilaç üretimini ve sektörün gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Öte yandan ilaçların etkinleşmesiyle doktorların ilaç tedavisini daha pahalı olan, cerrahi yöntemlere tercih ettiği ve etkin olmayan ucuz ilaçlarla tedavinin uzayarak aynı maliyete ulaşması gibi unsurlar göz önüne alındığında düzenleyici gücün ucuz ilaç üretimine teşvik ederek ilaç harcamalarını ne derecede düşürecegi tartışma konusudur.

İlacı patent koruma süresinin sonuna gelen şirketler, rakiplerinin jenerik rekabetinden korunabilmek için fiyat ve kâr marjlarını dereceli olarak düşürmektedir. İlaçların patent korumasından düşmesi nedeniyle kârlılıkları gerileyen ilaç üreticileri sürekli olarak yeni ilaç geliştirmek zorunda kalmaktadır. Bunu yapmayan yada patent korumasındaki ilacı ile finanse ettiği araştırması başarısız olan şirketler, patent süreleri dolan ilaçlarının daha ucuza mal edilebilen jenerik türlerini kendileri üreterek alanlarında öncülüklerini sürdürmeye çalışmaktadır. Son yıllarda meydana gelen bu türlü gelişmeler şirketin riski dağıtmak amacıyla yeni kavramlar geliştirmesine yol açmıştır. Bazı ilaç şirketlerinin klasik faaliyetlerini yenileyerek tedavi satmak ve sağlık yönetimi gibi yeni kavramlar kapsamında sağlık hizmetleri ve sağlık sigortalarını da içerecek şekilde genişletmesi ilaç sektöründe beliren yeni eğilimler arasındadır. Hindistan ve Çin gibi ülkelerdeki firmaların son yıllarda isimlerinden söz ettirmeye başlamasıyla gelişmiş ülkelerin çok uluslu şirketleri 3. dünya ülkeleri pazarında da artan bir rekabetle karşılaşmaktadır. Dünya ilaç sektöründe artan rekabet ortamında hayatta kalabilmek için[111]:

- ihtisaşlasmaya yöneltmek,
- Yatay entegrasyonla faaliyetleri sektörün birden fazla kolunda çeşitlendirerek riski dağıtmak,
- Dikey entegrasyonla kâr marjlarını yükseltmek,
- Şirket birleşmeleri yada satın almaları ile sinerjistik faydalar yaratmak ve büyümek gibi stratejilere başvurmaktadırlar.

[111] Mert Ülker., "Sektör Analizi: İlaç Sektörünün İlaç Fiyatlandırması", **Global Bülten**,(Ekim 1999), s.12.

Dünya ilaç pazarının büyüklüğü 300 Milyar USD'nin üzerindedir. İlaç üretiminde Avrupa en büyük üretim merkezi olup, dünya üretiminde %40 paya sahiptir. Bunu %31'lik payla ABD ve %19 payla Japonya izlemektedir. Tüketimde %33,3 payla ABD ve %17,8 ile Japonya dünya tüketiminin yarısından fazlasını gerçekleştirmektedir. Dünya pazarında son yıllarda ABD'li üreticiler üstünlüğü ele geçirmiş durumdadır. İsviçre'nin Novartis ve Roche İngiltere'nin Glaxo Wellcome ve SmithKline Beecham firmaları ilk onda yerlerini almakla beraber diğer altı sırayı ABD'li üreticiler oluşturmaktadır.(Merck, Pfizer, BristolMyers Squibb, lilly, ScheringPlough, American HomeProducts).[112]

Reçetesiz ilaçlarda göz önüne alındığında ilaç Pazar paylarında değisiklikler olabilir. Dünya uygulamasında reçetesiz ilaçlar genellikle soğuk algınlıgı, öksürük ilaçları, ağrı kesiciler, sindirim ilaçları, vitamin ve mineral preparatları, laksatifler gibi ilaç gruplarını kapsamakta ancak ülkeler arasında değişiklikler olabilmektedir. 1994 yılı itibarıyla reçetesiz ilaç satışlarının en yüksek payına sahip oldugu ülkeler %38 ile İsviçre %35 ile Almanya %32 ile Fransa ve %29 ile İngiltere'dir. İlaç endüstrisi diger endüstrilerle karşılaştırıldığında yüksek bilimsel ve teknolojik değeri olan araştırma ve teknoloji yoğun bir sektör konumundadır. Bu nedenle de teknoloji ve araştırma gücü yüksek olan ülkelerde gelişme göstermektedir.Araştırma harcamaları, yaygın gelişme testinin takip ettiği temel araştırma çalışmalarına gitmektedir. Rakip firmalar tarafından başarılı ilaçların büyük miktarda taklitleri vardır. Keşif sonrasında gelişme sentez ve biyolojik etkilerin belirlenmesini gerektirir. Bunu hayvanlardaki (pre-klinik) ve insanlardaki (klinik) testler izler. Bu süreç uzun, maliyetli ve belirsizdir. Yalnızca bir avuç dolusu yeni ilaç her yıl piyasaya sürülür ve bunların sayısı azalmaktadır. İş girişimi Ar&Ge harcamaları 1973-1992 dönemi içerisinde üretimin %7'sinden %12'sine katlandı.

Ar&Ge yoğunluğu dönem boyunca tutarlı şekilde arttı. İlaçlar her zaman Ar&Ge yoğun ilk dört endüstri içerisinde yer almaktadır. Günümüzde uzay çalısmalarının arkasından ikinci sırada yer almaktadır ve bilgisayar ve elektroniğin önündedir. Ar&Ge harcamaları İngiltere'de ve Kuzey ülkelerinde üretimin %15'inin üzerine çıkan bir ortalama ile çok

[112] Alev Riger, "Avrupa İlaçtaki Önderliğini ABD'ye Kaptırdı", **Paramatik**, Temmuz 1999, s.47.

yüksektir. Birleşik Devletler grafiği %12 dolayındadır, Japonya Almanya ve Fransa'da da oran artmaktadır.[113]

Yeni bir ilacın geliştirilmesinin yakın zamanda ortalama maliyeti 300 milyon USD'dır. Bundan başka klinik deneylerin tamamlanması yıllar alır. Kanıtlanan proses kendi kendini 2 senede karşılamaktadır.[114]

İlaç sanayinde Ar&Ge çalışmalarının yüksek maliyeti, riski ile birlikte önemli ölçüde zaman gerektirmektedir. Bir tıbbi ürünün etken maddesinin bulunup piyasaya verilmesine kadar geçen süre yaklasık 10-12 yılı bulmaktadır. Bu uzun süre, ilaç üretiminin çok karmaşık ve katı kurallara bağlanmış olması, ileri teknoloji gerektirmesi ve çeşitli sahalarda deneyler yapılması gibi zorluklardan kaynaklanmaktadır.[115]

Yeni ilaç üretimi ise risk unsurunun en yüksek olduğu sanayi dallarından biridir.Tek bir yeni ilaç bulmak için 5-10 bin arasında kimyasal bileşiğin oluşturulması ve bunların tek tek incelenmesi gerekiyor.

3.2.1.ABD'deki İlaç Sektörü Ve Gelişim Süreci

ABD pazarının son yıllarda dikkat çeken özelliklerinden biri jenerik ilaç tüketimindeki artıştır. 1984 yılında jenerik ilaçların orijinal ilaca kimyasal olarak denk olması ve klinik ortamında kanıtlanması şartı kaldırılması ile devletin sosyal sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik politikalar sonucu ABD'de jenerik ilaç satışları ve jenerik ilaçların Pazar payı artış kaydetmiştir. ABD'de jenerik ilaçların satışlarındaki artışta etkili diğer sebepler arasında eczacının doktorun yazdığı markalı ilaç yerine hastaya jenerik bir ilaç tavsiyesinde bulunması ve orijinal ilaçların fiyat artışlarına tepki olarak tüketicinin jenerik ilaçlara yöneltmesi yer almaktadır. Bu özellikleri ile ABD gelişmiş ülkeler içinde jenerik

[113] Soyer P, Bluemke DA, Fishman EK. CT during arterial portography fort he preoperative evaluation of hepatic tumors.: how, when, and why? **AJR** v.163 1999;s.18 .
[114] Di Masi, J.A., Hansen, R.W., Grabowski, H.G., Lasagna, L. (1991), "Cost of innovation in the pharmaceutical industry", ***Journal of Health Economics,*** Vol. 10 pp.107-42.
[115] Faruk Türkoğlu, "İlaçta Stratejik İttifak Dönemi", **Ekonomist**, (21 Eylül 1997),s.39.

ilaçlara en sıcak bakan ülke konumundadır. ABD'deki jenerik ilaç satışı 1995 itibarıyla 15.1 Milyar Dolar(%26.2)dır.

ABD'de patent koruması bittiği halde fiyatı ucuzlamayan ilaçların Pazar payları, jenerik ilaçların rekabeti ile gerilemektedir. Bununla birlikte klinik bilgilerin güncelleştirilmesine olanak vermeyecek kadar hızlı bir yeni ürün arzı yaşanması sıkıntılara yol açmaktadır.ABD pazarının bir diğer önemli özelliği ise sağlık masraflarının azalmaya yönelik 'Sağlık Yönetimi' olarak adlandırılan yeni bir sistemde en hızlı gelişmeyi yaşamasıdır.Bu sistem sağlık bakımından yataklı yoğun bakım tedavisine kadar uzanan çesitli bölümlerden oluşan sağlık hizmetlerini içermektedir.[116]

3.2.2. Japonya İlaç Sektörü Ve Gelişim Süreci

Dünyanın üçüncü büyük ilaç pazarı olma özelliğini taşımasına rağmen Japonya pazarda sadece %19'luk payla Avrupa ve ABD'nin gölgesinde kalmaktadır. Japonya'da jenerik ilaçların orijinal ilaçlara denk olması istenmekle birlikte, orijinal ilacın geçtigi klinik testlerden geçmesi gerekmektedir. Buna karşın Japonya'da jenerik ilaçların Pazar payı parasal olarak %7.5 ve adet olarak %10 ile gelişmiş ülkelerin en alt seviyesinde kalmaktadır.

Japonya'da doktorların görüşüne büyük önem verilmesi ve doktorların tedavi yöntemlerini seçmekte serbest olması jenerik ilaç tüketimini olumsuz etkileyen önemli bir faktördür. Genel olarak jenerik ürünleri yeteri kadar güvenilir bulmayan ve üreticilerin hizmetlerinden tatmin olmayan doktorlar, hastalarına markalı ürünler tavsiye etmektedir.[117]

3.2.3. Avrupa İlaç Sanayi ve Gelişim Süreci

Avrupa'da genel bir ortalamayla devletin sağlık harcamalarının %14'ünü ilaç harcamaları oluşturduğu için, ilaç sanayinde devlet etkin bir rol izlemektedir. Bu etkinlik,

[116] Riger**, a.g.e.** s.46
[117] Riger**, a.g.e.** s.47

ilaçlar üzerinde çesitli kontrollerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Söz konusu kontroller listeden çıkartma, fiyat kontrolü, jenerikler, ve kâr kontrolü uygulamalarıdır. Bununla birlikte ilaç firmalarının fiyat ve karlılıklarının kısıtlaması desteklenmemektedir.

Avrupa'daki en büyük ilaç pazarı Almanya olup, 1995 yılında patenti düşmüş ilaçların satış performansı jenerik ürünlerin rekabeti nedeniyle gerilemiştir. Bu tür ilaçlar arasında kalp ve damar hastalığı ilaçları ile enfeksiyon önleyici ilaçlar yer almaktadır. Alman pazarında merkezi sinir sistemi ilaçlarının satış performansı yavaşlarken, kolestrol düşürücü ilaçların performansı artmaktadır. Fransız şirketleri uluslar arası pazarda yeterince aktif olmayıp, iç piyasada satışlarına önem verdikleri için Fransız ilaç sanayinin büyüme potansiyeli düşük bulunmaktadır. Öte yandan Fransa'da devletin ilaç harcamalarının yükünü ilaç şirketlerine aktarması için çesitli uygulamalar üzerinde çalışması iç pazardaki büyüme potansiyelini de kısıtlamaktadır.İngiltere, kalp ve damar hastalığı ilaçları tüketiminin İspanya'dan sonra Avrupa'da en hızlı büyüdüğü ülkedir. Ayrıca kolestrol düşürücü, sindirim sistemi ilaçları, astım ilaçları tüketimi de son yıllarda artış göstermiştir. İlaç harcamalarını azaltma gayretleri kapsamında doktorların jenerik ilaç kullanmaya teşvik edildiği İngiltere'de ilaç harcamalarının devlet harcamalarındaki payı 1995 yılında %11.5 ten %9.5 e gerilemiştir. Araştırmalar genel doktorların reçetelerinde %52 oranında jenerik ilaç yazdığını ortaya koymaktadır.[118]

3.2.3.1. Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerin İlaç Otoritelerine Bakış

Avrupa ülkelerinin ilaç kurumlarının hemen hepsi bazı küçük farklılıklar gösterse de genel anlamıyla ortak özellikler taşımaktadır. Avrupa Birligi'nde ülkelerin ilaç otoritelerini ortak bir üst otorite tarafından yönetilmesi ve ilaç sektörünün tek bir idare tarafından kontrol edilmesi nihai hedef haline gelmektedir.

Bu amaç çerçevesinde Avrupa Birliğinde Biyoteknoloji ürünlerinin ruhsatlanması EMEA(Avrupa İlaç Ajansı=EMEA) tarafından yapılmakta ve ulusal otoriteler bu konuda yetkiyi EMEA'ya devretmiştir. Aynı şekilde ileri teknoloji ürünlerinin de aynı statüye

[118] Riger**, a.e.** s.49

alınmasına dair çalışmalar EMEA içerisinde yapılmaktadır. Bunun dışında A.B.'de ülkeler sadece kendi ülkelerinde ilacın pazara sunumunu yapabildikleri gibi karşılıklı anlaşmalarla firmalar ilgili ülkelerde ilacın pazara sunumunu da sağlayabilmektedir.

İlaç bir tüketim maddesi olmasına rağmen ham maddeden halka sunumuna kadar tüm basamakları ulusal düzenlemelere tabi tutulmaktadır. AB'de bu amaca ulaşmak ve ortak bir ilaç pazarı oluşturmak için kurumları belli kurallara göre yeniden düzenlemelere tabi tutulmuşlardır.AB'de ilaç kurumlarının ortak özelliklerini asağıdaki gibi toparlamak mümkündür;

• Bu kurumlar genelde idari ve mali özerkliğe sahiptirler. Bir çoğu idari otorite olarak Sağlık Bakanlığı'na baglı iken Hollanda örneğinde olduğu gibi kurum yöneticisi kraliçe tarafından atanabilmektedir.
• EMEA ile ilişkilerinin sürdürecek şekilde örgütlenmişlerdir. Bu yüzden yapı içerisinde bu ilişkileri düzenleyen özel birimleri vardır.
• Ruhsat işlemleri belirli düzenlemeler altında ve süreye bağlı olarak yapılmaktadır.
• Örgütlenme şekilleri ve personel sayıları ülkelerin nüfusu ve kendi şartlarına göre yapılmaktadır. Örneğin Fransa'nın ilaç kurumunda yaklasık 800 kişi çalışmaktadır.
• İlaçla ilgili denetim işlemleri ilaç kurumunun kendisi tarafından özel eğitim almış uzmanlarca yapılırken(Fransa, İtalya, Almanya) bazı ülkelerde bu denetim farklı birimlerce yapılabilmektedir.
• Bazı AB ülkelerinde beşeri veya veteriner ürünlerle ilgili işlemler aynı kurum tarafından (Danimarka, İrlanda) yapılırken bir kısım ülkelerde veteriner ürünlerin denetimi farklı birimlerce yapılmaktadır.(Fransa, İtalya)
• Bir çoğunda ürünlere ruhsat verilmesinde önce analiz işlemi yapılırken Fransa'da ruhsat sonrası analiz işlemi yapılmaktadır.
• Ruhsatlandırma ve fiyatlandırma işlemi birbirinden ayrılmıstır. Bu durum özellikle ruhsatlandırma süresini etkileyen önemli bir problemi ortadan kaldırmaktadır.Ayrıca fiyat verme işlemi kurum dışında, kurum temsilcisinin de içinde bulunduğu farklı birim tarafından yürütülmektedir.[119]

[119] Orhan Canpolat, **İlaç ve İlaç Politikalarına Bakış,** Sena Baskı, Ankara, 2002.s.37

3.3.TÜRK İLAÇ SANAYİ VE TARİHSEL GELİŞİMİ

Türk ilaç sanayinin tarihsel gelişimi üç aşamada incelenebilir: Bunlar,

- Cumhuriyet öncesi dönem
- Cumhuriyet'ten II. Dünya Savaşı'nın sonuna kadar olan dönem
- II. Dünya Savası'ndan günümüze kadar olan dönem.[120]

3.3.1 Cumhuriyet Öncesi Dönem

Doğu bilginlerinin geliştirmiş olduğu yöntemlerle bir çok çözelti ve alkol üretilip çesitli bitkisel kökenli ilaçlar hazırlanmıştır. Anadolu Selçukluları dönemi 1071-1308 yılları arasında 200 yıl sürmüştür. Selçuklular bu süre içinde büyük bir uygarlık yarattıkları gibi hemen hemen her büyük şehirde bir sağlık tesisi kurmuşlardır.[121]

Anadolu'da ilk eczaneler Selçuklular döneminde kurulan hastanelerde açılmıstır. Hastane eczanelerinde drog sağlamak ve hazırlamak için uzman kişiler bulunuyordu. Bu devrin eczacılığı hakkındaki bilgiler Ebu Reyhan Biruni (973-1051) 'nin kitabından elde edilmiştir. Biruni eczacının tanımını yapmıştır. Ibn EI-Baytar (ölümü 1248) Anadolu'yu gezmiş ve birçok Anadolu bitki ve ilacını kitabında belirtmistir. Birçok dillere çevrilen bu kitap Selçuklular döneminde kullanılan droglar için tükenmez bir kaynak olarak kullanılmıştır.

Osmanlılar Anadolu'ya yerleştikten sonra Selçuklulardan kalma bütün tedavi kurumlarını muhafaza etmekle beraber Anadolu ve Rumeli'de yeni sağlık kurumları meydana getirmişlerdir.[122]

Osmanlıların ilk dönemlerinde hekimlik yapmak için bir hekim yanında çalışarak bir şeyler öğrenmeye veya Tıp Medresesi'ne devam ederek bir belge almaya ihtiyaç yoktu.

[120] Baytop **a.g.e.**s.35
[121] Baytop **a.g.e**.s.36
[122] Baytop **a.g.e**.s.39

Mütetabbib adı verilen bazı sahışlar ilaç ve tılsımlarla uğraşırlardı.. Okunmuş sular içirir ve üzerinde dini yazılar bulunan eşyaları hastalara giydirerek tedavi etmeye çalışırlardı. Hekimlik yada ilaçlar hakkında hiçbir geçerli bilgisi bulunmayan bu kişilerin hasta tedavi etmelerini önlemek amacıyla 1573 yılında Sultan II. Selim tarafında bir hüküm çıkarılmış ise de sıkı kontroller olmadığı için, belgesiz hekimlerin çalışması önlenememiştir. Daha sonra Sultan III. Mustafa zamanında konu tekrar ele alınmış ve ağır hükümler getirilmiştir.

Osmanlılar döneminde ilaç ilkel maddelerinin sağlanması ve halk ilaçlarının yapılması işi "aktar" denilen bir esnaf grubu tarafindan yürütülmekteydi. Bunlarin miktarı 19. yüzyılın ortalarında, yalnız İstanbul'da 500 civarındaydı. Drog ticaretinin merkezi İstanbul'da Mısır Çarsısı'nda bulunmaktaydı.

Türk eczacıları tıbbi müstahzar yapımı ile 1890 yılından itibaren ilgilenmeye başlamışlardır. İlk müstahzar ilaçları yapanlar Ecz. Hamdi Bey, Ecz. Ethem Pertev Bey, ye Ecz. Bekir Kemal Beylerdir. İlaç imalinde ilk seri üretime başlayan ise Ecz. Ethem Pertev Beydir. İlk müstahzar ürün olan Pertev şurubunu uzun süre Aksaray'daki eczanesinde hazır1amıştır.[123]

Bu dönemde tentür, ekstre, toz gibi birçok famasötik şekil ve ilaç etken maddesi eczacılar tarafından eczane laboratuvanlarında elde edilmiştir. Daha sonraları artan ilaç ihtiyacını karşılamak amacıyla ilk fabrikalar kurulmaya başlanmıştır. 1915 yılında üretilen basit kodeks ampulleri, çesitli tonik ilaçlar ve damlalarla, müstahzar sayısı 30'u bulmuştur.[124] İhtiyaç duyulan diğer ilaçlar ise ithal edilmis, kaliteye fiyat kontrolü yapılmadan ve ruhsata tabi tutulmadan satışa sunulmustur. Ülkemizde ilk yerli ilaç 1895 yılında resmi izinle "Pertev Şurubu" adı altında piyasaya verilmiştir. Eski Yunan ye Roma kültürünun geliştiği topraklar üzerinde kurulan ye büyük oranda Arap Uygarlığı'nın da etkisinde kalan Osmanlı İmparatorlugu'nda eczacılığın azınlıkların elinde olduğu bilinmektedir.[125]

[123] Baytop **a.g.e**.s.40
[124] IEIS Yayınları **, İlaç ve İlaç Endüstrisi,** Ankara, 1984, s.23.
[125] Murat Belge, **Eczacılık,Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi,** cilt 7, İletisim Yay.İstanbul, 2001.

3.3.2.Cumhuriyet'ten II. Dünya Savasına Kadar Olan Dönem

İnsan sağlığı için önemli bir ürün olan ilaç üretimi için bazı kuralların olması gerekliliğinin ortaya çıktığı bu dönemde, Cumhuriyetin ilanı ile Sağlık Bakanlığı'nın da kurulması sonucu ilaç konusunda çalışmaların basladığı görülmektedir. 1924 yılında geliştirilmeye başlanan ve 1928 yılında çıkartılan 1262 sayılı Tıbbi ye ispençiyari Müstahzartar Kanunu ile ilaç konusunda olumlu adımlar atılmıştır. Bu yasa yerli ilaç sanayine ithalati yapılan ilaçların üretilcileri ile eşit kosullarda rekabet edebilme imkanı kazandırmıştır. Böylece ilaç endüstrisi de gelişmeye başlamıştır.

Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında Türkiye'de eczacılık, ecza ticareti, depoculuk ve ilaç ve galenik prepatlar yapımı büyük ölçüde azınlıklar veya yabancı uyruklu kişilerin elinde veya kontrolünde idi. Yabanci kökenli ilaçların tamamı serbestçe yurtiçine girmekte; fiyat, kalite kontrolü ve ruhsata tabi tutulmaksızın satılmaktaydı. İlaçla ilgili konularda devlet kontrolü bulunmamaktaydı.[126]

Yunanistan ile yapılan nüfus mübadelesi ve 1928 yılında uygulanan eczanelerin sınıflandırılması kararı, bu durumu Türklerin lehine çevirmiş ve azınlıklar tarafından yönetilen birçok eczane, depo ve imalathane Türklerin yönetimine geçmiştir. II.Dünya Savaşı sırasında ilaç ithalatında yaşanan büyük güçlükler ve imkansızlıklarla ülkenin ilaç ihtiyacı yerli üretimle sağlanmaya çalışılmıştır. Böylece Türk İlaç Endüstrisi az gelişmiş ülkelere oranla çok iyi sayılabilecek bir düzeye ulaşmıştır.

3.3.3 II. Dünya Savaşı'ndan Günümüze Kadar Olan Dönem

İkinci Dünya Savaşı sonrasında yapılan çok sayıda ürün ithalatı ile bir süre için yerli üretime ara verilerek yeni yerli ye yabancı sermayeli şirketlerin kurulmasi ile birlikte ülkenin üretim düzeyi yeniden yükselmeye başlamıştır. İlaç üreten laboratuvarlar faaliyetlerini geliştirmişler ve modern Türk İlaç Sanayii'nin öncüleri olmuşlardır. İkinci

[126] Güngör Say, **Türk İlaç Sanayinin Yapısal Özellikleri,** Ankara Eczacı Odası, Ankara,1977.s.6

Dünya Savası Sonrası yıllar üç döneme ayrılarak incelenmektedir.

1950 - 1971: Ülkemizde endüstriyel anlamda ilaç üretimi 1950'li yıllardan sonra başlar. 1953 yılından itibaren yaşanan döviz dar boğazı genel ithalatta ve dolayısıyla ilaç ithalatında da kısıtlamalara gidilmesine yol açmıştır. Bu durum yerli sanayiinin işine yaramış ve yerli üreticiler ürünlerini kolayca pazarlama imkanına kavuşmuşlardır. 1954 yılında 6224 Sayılı Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu'nun çıkarılmasıyla birlikte yeni kurulan firmalarla birlikte ilaç sanayii yurt içi ihtiyacin % 60'ını karşılayacak duruma gelmiştir.[127]

1960 yılında patent korumasının kalkması ile yerli firmalar yabancı firmalar karşısında patentsiz üretim yapma imkanı elde etmişlerdir. Bunun sonucu olarak 1960'lı yılların ortalarından itibaren ilaç sanayiinde yerli ye yabancı firmalar arasında rekabet hızlanmıştır.

Yine bu dönemde hazır ilaç ithalatının azalması, nüfusun ve özellikle büyük şehirlerde ilaca olan ilginin yükselmesi ilaca olan talebin artmasına neden olmuştur. Artan talebi karşılamak için birçok yerli ye yabancı üretim tesisleri kurulmuş ve günümüz ilaç sektörünün temeli atılmıştır. Bu tesislerden ilk kurulanlar 1952 yılında kurulan Eczacıbası ilaç fabrikası ve 1956 yılında kurulan ibrahim Ethem Kimya Evi'dir.[128]

1963 yılında müstahzar ilaç sanayiinin kullandıgı etken maddelerin hemen hemen tamamı ithal edilmekteyken, 1960 -1970 döneminde bazı ilaç fabrikaları bünyelerinde sentez çalısmalarına başlanmıştır.[129]

1971 – 1984: Bu dönemde ilaç ithalatına fiyat ve miktar kontrolü getirilmiş ve lisans antlaşmaları engellenmiştir. Ayrıca ilaç için yapılacak yatırımların teşvik edilememesi ve döviz yetersizliği ile birlikte enflasyonun yükselmesi bu dönemin olumsuz bir süreç

[127] DPT Uzmanlık Tezleri, **Türkiye'de İlaç Sanayinin Bugünü ve AT ile İlişkiler Çerçevesinde Gelisimi,** Ankara, 1993, s.14
[128] Baytop, **a.g.e.**s.35
[129] DPT Yayınları, **5. Beş Yıllık Kalkınma Planı,** ÖİK_399 Raporu, Ankara, DPT Yayınları, 1991,s.43

olarak değerlendirlimesine neden olmustur. Sektörde esas olarak hammadde üretimine , 1971 yılında ANSA' da (Antibiyotik ve ilaç Hammaddeleri Sanayii A.Ş.) fermantasyon yoluyla ilk kademeden başlayarak tetrasiklin ve türevlerinin üretimi ile başlanmıştır. Bu üretim ülkenin tetrasiklin ihtiyacını karşılamış ve 1973 yılından sonra ihracat başlanmıştır. Daha sonraki yıllarda Fako'da kurulan sentez ünitesiyle ampisilin üretimine geçilmiştir. Bunu amoksisilin vb.yarı sentetik penisilinlerin üretimi izlemiştir. 1983 yılında Bolvadin Afyon Alkaloitleri Fabrikası kurularak, morfin ye türevlerinin üretimine başlanmıştır. Bu üretim yurt içi ihtiyacının tamamını karşılamış, yaklaşık olarak % 90'ı ihraç edilmiştir.[130]

1984' de Eczacibaşı bir tesis kurarak antibiyotik aktif maddeleri üretimine başlamıştır. Bundan başka hammadde üretimlerine, eritromisin ve tuzları, rifampisin, ranitidin, ve bazı anabolizan ve steroid hormonlar gibi hammaddelerde eklenmiştir.

1984'den günümüze: İlaç sanayii ürünleri sadece bir sanayii ürünü olmasının ötesinde, sağlık yönünden toplumsal önem taşıdığı için, diğer sanayii dallarından daha çok yasal düzenlemelere maruz kalmıştır. Bu dönemde fiyat kararnamesinin uygulanmaya konulması, ithalatta fiyat, miktar ve kalite kontrolünün sadece kalite kontrolüne indirgenmesi ve GMP (iyi üretim uygulamaları) ve GLP (iyi Laboratuar Uygulamaları) gibi düzenlemelerin yürürlüğe girmesi olumlu gelişmeler olarak değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra enflasyonun sürekli yüksek seyretmesi, banka kredi faizlerinin yüksek olması ise dönemin olumsuz yanları olarak gösterilmektedir. Ayrica fiyatlandırma sisteminde kalitenin göz ardı edilmesi ve sadece ucuz hammadde teminine yönelik uygulamaların yapılması endüstride büyük sıkıntılara neden olmuştur.[131]

Bu dönemde Türk ilaç sanayindeki olumsuzluklar şöyle sıralanmaktadır:

- Yatırımların önemli biçimde durması,
- Hammadde ithalatındaki aksaklıklar nedeniyle yoğun ilaç yoklukları yaşanması,
- Yeni ilaçlar halka sunulamaması.

[130] Baytop, **a.e.**s.37
[131] S.Hepkaya, **Türk İlaç Endüstrisinde Yönetici Gelistirme Faaliyetleri,** Yüksek Lisans Tezi, Ankara Ü. Sağlık Bilimleri Ens. Ankara.2002,s.47.

3.4. TÜRK İLAÇ SANAYİ'NİN BUGÜNÜ

Türkiye İlaç Endüstrisi çok özel üretim teknolojisi gerektiren ürünler (biyoteknoloji vb.) dışında her türlü ürünü Dünya Sağlık Örgütünün kurallarına uygun olarak üretebilecek teknolojik düzeye ulaşmıştır. Diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de uluslararası norm ve standartlar uygulanmaktadır. Teknoloji ve kalite standartlarının uluslararası düzeyde olması gerekli ve zorunlu bir ön koşuldur ve bu koşul yerine getirilmiştir.

Endüstri'de yaklaşık 300 firma vardır, bunlardan 53'ünün üretim tesisi mevcuttur. Son zamanlarda vukubulan satınalmalarla yabancı sermayeli firmanın 14'ü üretimlerini kendi tesislerinde yapmaktadır. Sektör profilini Tablo 3.1'de yer alan şekliyle beş yıllık bir dönemde değerlendirdiğimizde farklı faktörler açısından artış oranları görülmektedir.Sağlık sektöründe yaşanan hızlı değişim sektörü de etkileyerek 2001'den sonra önemli gelişmeler yaşanmıştır. Yerli sermayeli ilaç kuruluşlarından önde gelen 3 büyük, iki orta boyutlu firma yabancı sermayeli kuruluşlar tarafından kısmen veya tamamen satın alınmış ayrıca 1 ithalatçı firma yabancı sermaye tarafından alınmıştır. Reçeteli ilaç pazarı bir kat büyümüş üretim kutu bazında yıllık % 6'lık ortalama artış gösterirken mamul ilaç ithalatı değer olarak çok hızlı bir artış göstermiştir.

Beş yıl içinde ilaç pazarı;

(i) Yıllık ortalama % 15-16 düzeyinde büyümüş,

(ii) Yerli üretim bu boyutta artmamış,

(iii) İthalatın Türkiye'de üretilmeyen ilaçlarla sınırlı kalmayıp, özellikle sayıları 25'i aşan Türkiye pazarındaki yeni yabancı sermayeli kuruluşların ithalatı tercih etmeleri nedeniyle ortalama yıllık % 11-12'lik bir artış yaşanmıştır.

(iv) İlaç tüketiminin GSMH içindeki payı 2001-2005 arasında sabit kalmıştır.(% 1,8-1,9).

(v) Sektör ihracatının ithalatı karşılama oranı % 10 düzeyinde seyretmiştir.

(vi) Sektörde yabancı sermaye yatırımları yoğunlukla mevcut yerli kuruluşların satın alınması şeklinde gelişmiş üretime dönük doğrudan yabancı sermaye yatırımı kayda değer boyutta olmamıştır. 2000 yılında sonra ikisi yerli sermayeli ikisi yabancı sermayeli firmaların modern ve geniş kapasiteli üretim tesisleri yatırımları gerçekleşmiştir. Yerli bir firmamızın Ar-Ge tesisi yatırımı da yürütülmektedir.[132]

Tablo 3.1. Reçeteli İlaç Pazarının Gelişimi

	2003	**2007**	**Artış %**
Reçeteli ilaçlar pazarı			
Milyar YTL	6,2	11,1	79
Milyon kutu	860	1312	52.5
Kişi başına tüketim USD	70	126	80
İhracat milyon USD (hammadde+mamul ilaç)	246	357	45
İthalat (mamul ilaç)	1128	1863	57
İhracatın ithalatı karşılama oranı %	10,0	10,1	-
İstihdam	21549 (2002)	25000 (tahmini)	16

Kaynak: TOBB İlaç Sanayi Meclisi 2008 Raporu, İstanbul, s.18.

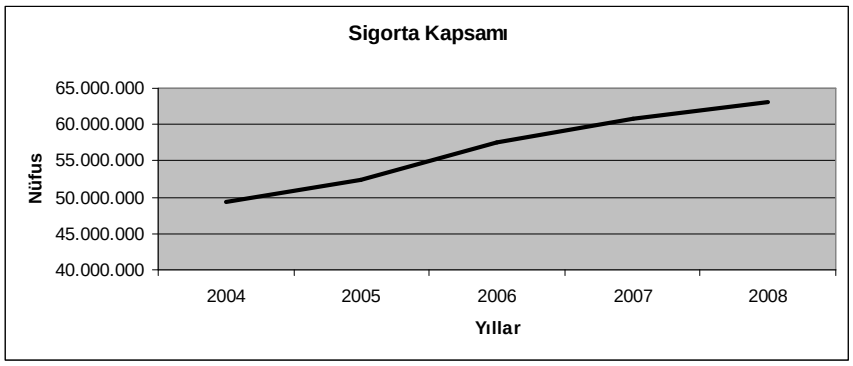
[132] Klinik Farmakoloji Derneği Yayınları(Çevrimiçi)http://www.kfd.org.tr/?q=node/134Kasım 2009

Sağlık Sektöründe Son Dönemlerde Yaşanan Gelişmeleri şöyle sıralayabiliriz;

Kamu Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanması,
Bütün sağlık tesisleri ve serbest eczanelerin SSK mensuplarının kullanımına açılması
Yeşil Kartlıların ayaktan tedavide ilaç alabilmesi,
Sağlık hizmetlerine erişim ve kurallar açısından tüm nüfusun eşit haklara sahip olması,
Özel sağlık kuruluşlarından hizmet alımının yaygınlaştırılması,
Sağlık ocakları ve ana çocuk sağlığı merkezlerinde poliklinik imkanlarının arttırılması.
Sosyal politikalar doğrultusunda Genel Sağlık Sigortası kapsamı 2004-2008 yılları arasında 49 milyondan 63 milyon kişiye çıkmıştır.

2005 yılında SSK'lı ve Yeşil Kartlı hastaların ilaçlarını serbest eczanelerden alabilmelerinin önü açılarak ayakta tedavi gören hastaların ilaçlarına erişebilmeleri sağlanmıştır. İlaç sektörü bu tarihte vermeye başladığı kamu iskontoları (%4-11) ve takip eden yıllardaki bant, fiyat düşüşleri ile, kur kayıplarını da göze alarak bu faydalı ve insani dönüşüme kaynak sağlamıştır.[133]

Şekil 3.1. 2004- 2008 Yılları Arasındaki Genel Sağlık Sigortası Nüfus Dağılımı



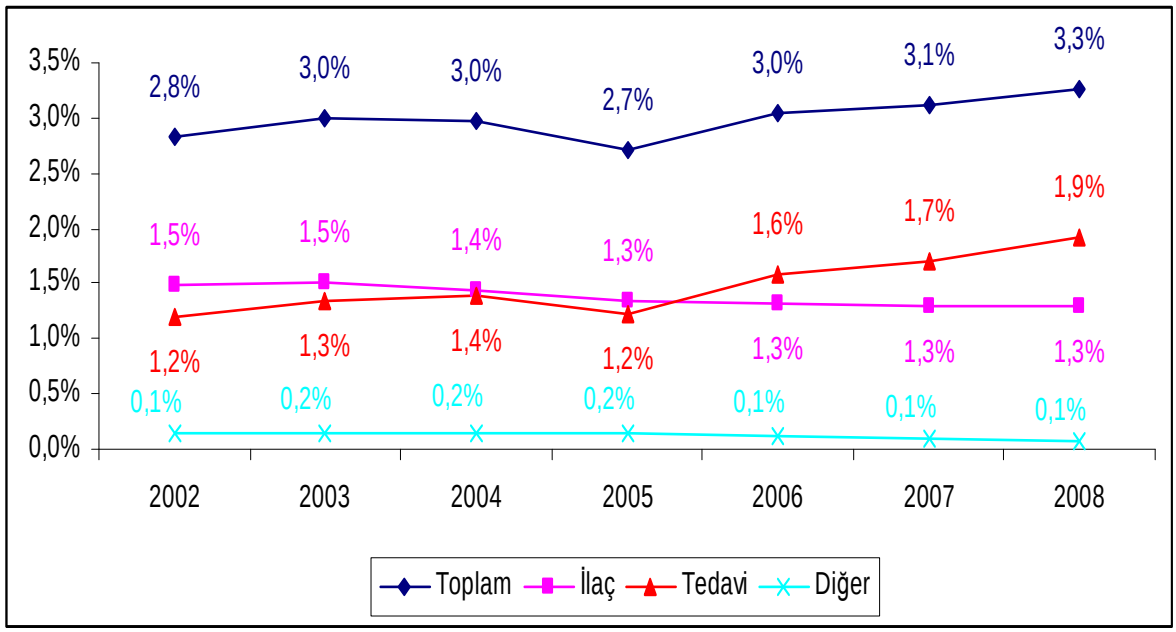
Kaynak: Alp Sevindik,''Türkiye'de İlaç Geri Ödeme Sisteminde Son Gelişmeler ve Günümüzdeki Durum'' sunumundan,Kapadokya,2009.

[133] Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği Yayınlar,''2009 AİFD Raporu''(Çevrimiçi) http://www.aifd.org.tr/anasayfa.aspx Ocak 2010

İlaç Sektörünün Gelişimi ve Son Düzenlemeleri Kronolojik olarak incelendiğimizde;

2004 yılında Referans Fiyat uygulaması başlatıldı,
2004'de ilaçta KDV oranı %8'e indirildi,
SSK'lıların serbest eczanelerden ilaç alabilmeleri için ilaç sektörü %4 ve %11 kurum iskontosu vermeye başladı,
2005 yılında Yeşil Kartlılara Katkı Payı uygulamaya konuldu,
2007 yılında Geri Ödeme Komitesi çalışmaya başladı,
Eşdeğer ilaç bandı %30'dan %22'ye indi,
2008 yılında 6 yıldan genç ilaçların Kurum ıskontoları %4'den %11'e çıkarıldı,
2009 kriz döneminde %19'luk kur artışına rağmen ilaç fiyatlarında %8'lik artış yapıldı,
Eşdeğer ilaç bandı %22'den %15'e indi,
Kamu ilaç alımlarında kutu sayısı artarken harcama bazındaki artış sabit kaldı.

Şekil 3.2. Kamu Sağlık Ödemelerinin Gelişimi (% GDYİH)



Kaynak: Alp Sevindik,''AİFD Raporu'' sunumundan, İstanbul, 2009.

İlaç harcamalarında kamunun rolünü incelendiğimizde diğer ülkelere oranla Türkiye'nin daha fazla bir paya sahip olduğu görülecektir.Ancak tedavi masraflarına oranla ilaç harcamalarının son 3 yılda oransal olarak sabit kaldığı ancak tedavi masraflarının artmaya devam ettiği görülmektedir.

3.4.1.Türk İlaç Sektöründe Yaşanan Sorunlar

Bazı çevrelerin sonu gelmeyen eleştirilerine karşılık Türk ilaç endüstrisi, bugün bütün ülke sanayisine örnek olabilecek durumdadır. İlaç endüstrisi, sanayi kurallarının çok önem verdiği kalitede örnektir, maliyet satış dengesini oluşturan fiyatında örnektir, dış satışlarda ulaştıgı aşamada örnektir**.** Ciddi ve bilinçli bir Sağlık Bakanlığı tutumuna kavuştuğu taktirde, araştırma ve geliştirmede de örnek olacaktır.[134] İlaç sanayimiz gün geçtikçe gelişmekle birlikte, her sektörde olduğu gibi bazı sorunlar yaşanmaktadır.

3.4.2.Fiyatlandırma Sistemindeki Dengesizlik

Sektördeki şirketler, dünyada hızla gelişmekte olan üretim ve kontrol teknolojilere sürekli uyum sağlayabilmek, araştırma-geliştirme bütçeleri ayırabilmek ve uluslararası rekabetle başa çıkabilmek için yüksek miktarda fonlara ihtiyaç duymaktadır. Buna karşın Türkiye'deki mevcut fiyatlandırma sistemi, serbest rekabet ortamı dışında Sağlık Bakanlığı gözetiminde belirlenmekte olup, sektörün ihtiyaçlarını karşılayabilecek nitelikte değildir. Bakanlık sektördeki fiyatları Bakanlar Kurulu tarafından yayınlanan Fiyat Kararnamelerine dayanarak belirlemektedir. Bu kararnameler, ilacın bulanabilirliğini sağlamak, endüstride ihracat ve yatırımları artırmak, şirketleri araştırma geliştirme çalışmalarına yöneltmek ve ilaçta kaliteyi arttırmak amaçlarını taşımaktadır. Ülkemizde 1984 yılında yayınlanan ve halen yürürlükte bulunan son kararname hükümlerine göre ilaç fiyatları aşağıdaki şekilde belirlenir.

[134] Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği Yayınlar,''2009 AİFD Raporu''(Çevrimiçi) http://www.aifd.org.tr/anasayfa.aspx Ocak 2010 Reekie 1975, 2

İlaç sektöründe tüketiciler ürünlerin nitelikleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığından, kullanılacak olan ilaçlar konusundaki nihai karar merci doktorlardır .[135] Ancak, ilaç harcamalarının hastalar ya da doktorlar tarafından değil de üçüncü bir taraf (sağlık sigortası ya da devlet) tarafından karşılanıyor olması, sektör açısından talebin yapısını daha da ilgi çekici hale getirmektedir.Kamu tarafından toplanan vergilerle finanse edilen ya da birer kamu kuruluşu olan zorunlu sağlık sigortaları tarafından prim karşılığı karşılanan ilaç harcamaları, ABD hariç tüm ülkelerde, devletin sektöre müdahalesinin gerekçesi olmuştur. Bu müdahaleler neticesinde ilaç fiyatlarının yanı sıra, dağıtım kanallarının kar marjları ve faaliyet alanları, doktorların ilaç yazma faaliyetleri ile tüketicilerin ilaç alım koşulları gibi ilaç tüketimini yakından ilgilendiren alanlarda düzenlemeler yapılmıştır.[136] Bu düzenlemelerden en önemlisi ise üretici fiyatlarının düzenleyici otoriteler tarafından belirlenmesidir. Sağlık hizmetleri, dünya genelinde, eğitim ve güvenlik ile birlikte sosyal devlet anlayışının en önemli unsurlarından birisi olarak değerlendirilmektedir. Ancak, eğitim ve güvenlik harcamalarından farklı olarak, sağlık sektöründeki arz devletin kontrolü dışında olan özel sektör teşebbüsleri tarafından sağlanmaktadır. Bu nedenle ilaç harcamalarının finansmanının sosyal devlet anlayışının bir parçası olarak nitelendirildiği ülkelerde sektör yoğun müdahalelere maruz kalmakta ve serbest pazar ilkelerinden uzaklaşmaktadır.

Devletlerin sektöre müdahalesi yalnızca sosyal devlet ilkesinin bir gereği olarak görülmemekte, bunun yanında patent korumasının yaygınlığı ve nihai tüketicilerin bilgi eksikliği gibi sektörün yapısından kaynaklanan bir takım piyasa aksaklıklarının varlığı da sektörün düzenlenmeye muhtaç olduğuna dair yaygın bir kanın ortaya çıkmasına neden olmaktadır.[137] Bu nedenle sağlık hizmetlerini karşılıksız olarak ya da zorunlu sağlık sigortaları kapsamında sunan devletler tarafından, bütçe hedeflerinin tutturulabilmesi ve harcamaların kontrol altına alınabilmesi için ilaç fiyatlarının doğrudan ya da dolaylı olarak belirlenmesi ilkesi benimsenmekte ve fiyat regülasyonu bir araç olarak gündeme gelmektedir. Fiyat regülasyonu, ilaç sektöründe harcamaları kontrolünün yanı sıra sanayi

[135] Peeler C.Lee, Pharmaceutical Advertising: Afederal Trade Comission Perpective, Promotion of Pharmaceutical: Issues, Trends Options, Howert Pres, New York, 1992.s.2
[136] Greenberg, P. : "***CRM at the Speed of Light***", Berkeley, McGraw Hill,2001,s.137.
[137] Danzon, Chao Does regulation drive out competition in the pharmaceutical market?, in **Journal of Law & Economics**, vol. 43, 2000,s.1.

politikası hedeflerine yönelik olarak da kullanılan bir araçtır. Ülkeler, istihdam, yatırım ve uluslararası rekabet gücü politikalarına ilişkin hedeflere ulaşmada sektörel fiyat regülasyonunu bir araç olarak kullanabilmektedir. Örneğin; Fransa ve İtalya'da ülke içerisinde üretilen ilaçlar için ithal muadillerine göre düzenleyici otoriteler tarafından daha yüksek fiyatlar tespit edilmektedir. İngiltere'de ise benzer bir uygulama kâr oranları belirlenirken ortaya çıkmaktadır.[138]

Örneklerden de anlaşılacağı üzere ilaç fiyatlarının devlet tarafından belirlenmesinde ya da yönlendirilmesinde yalnızca ekonomik kriterler değil, politik kriterler de rol oynamaktadır. Bu nedenle ilaç sektöründeki fiyat regülasyonu türlerinin ve sektöre olan etkilerinin incelenmesi, sektördeki mevcut yapının değerlendirilmesinde de kolaylıklar sağlayacaktır. İlaç fiyatlarının regülasyonu dünya genelinde farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar; serbest fiyatlamadan18, fiyatın tamamen devlet tarafından belirlenmesine kadar uzanmaktadır. Bunun yanında ülkeler farklı ilaç grupları için farklı uygulamalar da yapabilmektedir. Kimi ülkelerde herhangi bir gruplandırma yapmaksızın fiyatlar belirlenirken, kimi ülkelerde ise patent koruması altındaki ilaçlar, patent koruması dışındaki ilaçlar ve reçetesiz ilaçlar ayrı regülasyona tabi tutulmaktadır.[139]

Üretici fiyatlarının kontrolü ise doğrudan ya da dolaylı olabilmektedir. Fiyatların doğrudan kontrolünde ilaç fiyatları; üretici ile düzenleyici otorite arasında yapılan pazarlıklar neticesinde ya da düzenleyici otorite tarafından tek taraflı olarak tespit edilir. Fiyatların tek taraflı tespitinde, uluslararası fiyatların veya ilacın terapötik benzerlerinin fiyatlarının baz alınması ve fiyat/miktar anlaşması yöntemlerinden bir ya da birden fazlası kullanılmaktadır. Dolaylı kontroller ise ve ürün ve/veya üretici bazında kar kontrolü ile maliyet-etkinlik fiyatlaması gibi doğrudan fiyatın düzenleyici otorite tarafından belirlenmediği, ancak üreticinin fiyat belirleme özgürlüğünün sınırlandırıldığı uygulamalardır.

[138] Danzon, **a.g.e**.,s.16

[139] Soyer, Ata, **İlaç Endüstrisinde Küreselleşme**, Doga Basın Yayın, İstanbul, 1999,s.66

Yukarıda sayılan fiyat kontrollerinden, fiyatların düzenleyici otorite tarafından belirlenmesi ve kar kontrolü ana regülasyon türleri olarak uygulanmaktadır. Diğer yöntemler ise bu uygulamalar ile birlikte yürütülmektedir. Örneğin fiyatların serbestçe belirlenebildiği Almanya ve Danimarka'da, ilaç harcamalarını kısmen de olsa kontrol altına alabilmek için çeşitli ek tedbirlere başvurmaktadır. Bunlar: patent koruması sona ermiş ilaçlarda referans fiyat uygulaması, belirli dönemler için fiyat indirimleri ve fiyatların dondurulmasıdır. Bazı ülkeler ise Almanya ve Danimarka'daki sistemin aksine ilaç grupları arasında herhangi bir ayrım yapmaksızın belirli kriterler çerçevesinde ilaçların fiyatlarını tespit etmektedir. Bu ülkelere örnek olarak ise; Belçika, Yunanistan, İtalya ve Portekiz gösterilebilir. Hastane pazarı ise çoğu ülkede ayrı bir Pazar olarak değerlendirilmekte ve ilaç alımlarında fiyat otoritesi tarafından belirlenen fiyat kontrollerinin dışında tutulmaktadırlar (Fransa) [140]

İlaç fiyatlarının düzenleyici otorite tarafından belirlenmesi, harcamaların ve fiyatların uygun ve kabul edilebilir seviyede tutulabilmesi amacıyla başvurulan en katı yöntemdir. Fiyatların tespiti, ülkelerin şartlarına gore farklılıklar gösterebilmektedir. Bu farklılıklar genellikle sağlık bütçelerinin büyüklüğü, ilaç tüketim alışkanlıkları ile ilaç sektörünün ülke ekonomisi içerisindeki yerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.[141] Ülkeler bazında da ilaç fiyatlarının tespitinde keyfiliğin azaltılması amacıyla fiyatların maliyet-etkinlik kriteri çerçevesinde belirlenmesi uygulaması da yaygınlaşmaktadır. Bu çerçevede Finlandiya, Fransa, Portekiz, İsveç ve İngiltere'de ilaçları değerlendirilmesinde kullanılacak rehberler yayınlanmaktadır. Finlandiya'da bir ilaç için geri ödeme rakamı belirlenirken tedavinin fayda maliyet analizi yapılmakta ve terapötik alternatifleri fiyatları baz alınmaktadır. Bunun yanında Fransa, İspanya, Portekiz ve İngiltere'de fiyat artışı başvurularında ilacın maliyet-etkinlik analizlerinin fiyat otoritesine sunulması gerekmektedir.[142]

Kâr kontrolleri fiyatların düzenleyici otorite tarafından doğrudan tespit edilmediği bir sistemdir ve dolaylı fiyat kontrolü kategorisine girmektedir. Bu sistemde fiyattan ziyade ilaç üreten teşebbüslerin üretici ya da ürün bazındaki kâr seviyesi kontrol altına

[140] Soyer,**a.g.e**.,s.67
[141] Riger **a.g.e**., s.48.
[142] Soyer,**a.g.e**.,s.71

alınmaktadır. Az sayıdaki ülke tarafından uygulanan bu sistem, ilk olarak İngiltere'de ortaya çıkmıştır. Halihazırda İspanya, Kore, Çek Cumhuriyeti, Meksika ve Türkiye tarafından da uygulanmaktadır.[143]

Kâr kontrolü ürün ve üretici bazında olmak üzere ikiye ayrılır. Ürün bazındaki kâr kontrolünde, ürünün üretimine ilişkin maliyetler göz önünde bulundurularak her ürün ayrı ayrı için ya da tüm ürünler için ortak bir kar oranı tespit edilmekte ve bu çerçevede fiyatlar belirlenmektedir. Halihazırda İspanya ve Türkiye'de uygulanmakta olan ürün bazında kâr kontrolünde, maliyet artışları ilaç fiyatına doğrudan yansıtılabilmektedir. Bu da, üreticileri maliyetler konusunda duyarsızlaşmaktadır. Ürün bazında kâr kontrolü bu yönüyle fiyatın tek taraflı olarak tespitine göre daha az maliyet etkin bir regülasyon türü olarak ortaya çıkmaktadır. Çünkü tek taraflı fiyat tespitinde veri fiyat ışığında üretici kârını yalnızca maliyetlerde etkinlik sağlayarak artırabilirken, kâr regülasyonunda fiyat yerine kâr marjının veri olması nedeniyle böyle bir durum söz konusu olmamaktadır.

3.4.3.Yatırımların Yetersizliği

Türkiye'de ilaç endüstrisi dünyadaki teknolojik gelişmeleri çok yakından izlemekte, teknik bilgi alışverişi ve lisans anlaşmalarıyla yeni buluşlardan süratle yararlanabilmektedir. GMP kuralları gereği dünyadaki teknolojik gelişmeleri yakından izlemek ve sürekli uygulamak zorunda olan ilaç endüstrisinin, yılda ortalama 100 milyon dolar düzeyinde yatırım yapması gerektiği hesaplanmaktadır. Ancak istikrarsız fiyatlandırma politikaları yüzünden son yıllarda sürekli zarar eden endüstrinin yatırımlarında bu düzeye ulaşılamamaktadır. 1998'de 69 milyon dolarda kalan toplam yatırımlar, 1999 yılında 65.8 milyon dolar olmuştur. 2002 yılında da 80 milyon dolar civarında kalmıştır. Fiyatlandırma sisteminin getirdiği negatif sonuçlar ve olumsuz ekonomik etkiler, yatırımlar için fon oluşmasını engellemiş ve yatırımlar beklenen düzeyde gerçekleşmemiştir. Ülkemize son beş yılda gelen yabancı firma sayısında önemli artışa rağmen, üretim ve araştırmaya dönük yatırımlar olmamıştır. Mevcut firmaların

[143] Riger **a.g.e.**, s.49.

düzeylerini korumak ve geliştirmek için yatırımlarını karşılayacak fon oluşturmalarına imkan verecek fiyatlandırma sistemindeki değişim gerçekleşmeli, Ar-Ge yatırımlarına ve Ar-Ge çalışanlarına beş yıl veya daha uzun dönemde vergi muafiyeti vb. gibi cazip olanaklar sağlanmalı, yabancı ilaç sanayisinin yeni teknolojileri ve yeni ilaç için Ar-Ge'yi ülkemize getirecek yatırımlara uzun vadeli ucuza kiralanmış arsa sağlanmalıdır.[144]

Türk ilaç Sanayi 172 ülke arasında WHO (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından GMP ve GLP kurallarına göre üretim yaptığı saptanan ilk 36 ülke arasında yer almaktadır. İlaç endüstrisi, üretimde, ilaçla ilgili olarak hazırlanan yasalara büyük ölçüde uyduğundan belli bir disiplin içine girmiştir. Böylece Avrupa'da söz sahibi olacak düzeye gelmiştir.
Hammadde açısından baktığımızda, Türk ilaç Sanayi'nde tam olmasa bile, önemli oranda dışa bağımlılık söz konusudur. İlaç hammaddelerinin önemli bir kısmını Türkiye dışardan ithal etmek zorundadır. Son yıllarda bazı antibiyotiklerin hammaddelerinin üretimi gerçekleştirilmiş olmakla beraber, ilaç sanayimiz sadece hammadde ithal edip bunların ambalajını gerçekleştirerek piyasa sürmektedir. Ancak, yeni geliştiriIen ilaçlar açısından baktığımızda ise Türk ilaç sanayi tamamen dışarıya bağımlı hale gelmiştir. Bunun sebebi ise neredeyse 50 yılı aşkın süredir faaliyet gösteren ilaç sanayimizin araştırma-geliştirme yatırımlarına gereği kadar önem vermemesidir. Tüm dünyada milyonlarca dolar yatırım yapılan alt yapı ve AR-GE yatırımları ülkemizde maalesef ihmal edilmiştir.

İlaç firmaları, pazarlama programlarını firmayı hedefine ulaştıracak şekilde; yıllar öncesinden belirlemekte, gelecek yıllarda yurt dışında mevcut ilaçlardan hangilerini, hangi tarihte piyasaya sunacaklarını planlamaktadır. Hala birçok ruhsatı alınmış ilaçlar piyasaya sunulacakları tarihi beklemektedirler. Yeni ilaçların insan sağlığı açısından önemini düşünecek olursak yerli üreticilerimizin yeni ilaç moleküllerini neden piyasaya süremediklerini anlamak mümkün değildir. Bunun arkasında insan hayatı için önemli olan ilaç üzerinden ticari politikalar geliştirildiği şüphe uyandırmaktadır.

Sağlık Bakanlığımız yürürlüğe koyduğu birçok düzenleyici uygulamalar ilaç üretiminin WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ve FDA (Amerikan İlaç Gıda Dairesi) standartlarına uygun

[144] İlaç Sanayi ve Rekabet Edebilirlik Özel İhtisas Komisyonu 2001s.124

olarak yapılmasını ister. Ancak kanunlarda yer aldığı gibi üretimden tüketime kadar hiçbir safhasında kontrol mekanizması tam olarak işleyememektedir. Bunu çesitli tarihlerde etken madde eksikliği veya hiç olmaması nedeni ile toplatılan çeşitli ilaçlardan anlamak hiç de zor değildir.

Ülkemiz tarafından kabul edilen patent yasasi (06/03/1995 tarih ve 1/95 sayılı kanun) sonrasında yerli ilaç üreticilerimiz sonucu şimdiden belli bir dar boğaz içerisine girmişlerdir. Yeni moleküller geliştiremedikleri için hali hazırda ruhsatları çıkarılmış ilaçlarla bir süre daha faaliyetlerine devam etmeye çalışacaklardır. Ancak, dünya devi olan yabancı yatırımcılar ile rekabet etmek için gelecekte birçok firma evliliği olması kaçınılmazdır. Daha şimdiden birkaç yerli üreticimiz ya satış yada evlilik ile yabancı sermayenin eline geçmiş bulunmaktadır.

3.4.4.Kamu İlaç Alımları

Firmalar rekabet üstünlügü sağlayabilmek ve pazar paylarını arttırmak için, toplu satış imkanı ve erken ödeme gibi finansman unsurlarının sağladığı avantajlardan dolayı resmi kurum ihalelerinde fiyat indirimi yapmaktadırlar. Ayrıca, ilaçların ihale yolu ile bir sağlık kuruluşunda kullanıma sundukları zaman tanıtım harcamaları yapmamakta, bu da firmanın iskonto yapabilecegi bir maliyet unsuru olmaktadır. Öte yandan, ihalelerde yapılan iskonto, perakende satış fiyatı üzerinden değil, %9 depocu kârı ve %25 eczacı kârı düşürüldükten sonraki imalatçı satış fiyatı üzerinden yapılmaktadır. Bu durumda, iskonto oranının imalatçı satıs fiyatı üzerinden hesaplanması daha doğru bir yaklaşımdır.

1984 ilaç fiyat kararnamesi ile ilaç fiyatları korkunç boyutlarda artmıştır. Bu kararname ile artan fiyatlar karşısında SSK kurumu bir tebliğ yayınlayıp, en ucuz eşdeğer ilaç almaya karar verince sorunlar başlamıştır. 1984 yılında bir yıl içerisinde zam alan ilaç, bir yıl sonra SSK'ya yılbaşındaki fiyatından daha ucuza, hatta onda bin fiyatına verilmiştir.[145]

[145] Mehmet Domaç "İlaç Endüstrisi, sorunları ve Çözüm Önerileri", **Türk Eczacılar Birligi Aylık Yayın Organı**, Ekim, 1996, s.14.

Sektör olarak pazarda nakit akışında büyük bir daralma yaşanmaktadır. Bu daralmanın bir nedeni de, SSK'nın ödemelerini aksatmaya başlamış bulunmasıdır**.** Ayrıca Emekli Sandığı ve Bag-Kur mensuplarının reçete bedellerinin eczanelere ödenmesindeki aksaklıklar ve 3-4 aya varan gecikmeler, hasta zincirin ilk halkası olan eczaneler, sonrasında dağıtım kanalları ve üreticiler için büyük sıkıntı yaratmaktadır. İlave vade talepleri ise, sektörü ek finansman yükü ile zora sokmaktadır. Eczaneler ve depolar iflasa sürüklenmekte ve kapanmakta, dolayısıyla ilaç firmaları da bu durumdan olumsuz etkilenmektedirler. Bu durumun devamı ile eczanelerin hizmet verememesi ve sonucunda, Emekli Sandığı ve Bag-Kur mensuplarının ilaçsız kalması sorunu yaşanabilecektir.

Bu gibi problemleri en kısa sürede ortadan kaldırmak için; SSK'nın ödemelerini zamanında yapabilmesi için gerekli fonun zamanında ve yeterli miktarlarda aktarılması, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur mensuplarının reçete bedellerinin eczanelere ödenmesindeki aksaklıklar ve gecikmelerin önlenmesi ve anlaşmalara uygun bir ödeme planını sağlanması gerekmektedir.[146]

Ayrıca bir eczane ilaç aldığında 28 gün içinde bu ilacın bedelini ödemek zorundadır. Öte yandan kamu kuruluşları ile yapılan sözleşmeler gereği; kamu kurumları kendi hastalarına satılan ilaçların bedelini eczanelere 18 gün içinde ödemek zorunda olmalarına rağmen, bu süreyi 30, 60 ve hatta 90 güne kadar uzatmakta ve eczaneleri zor durumda bırakmaktadırlar.

3.4.5.Mamul İlaç İthalatı

3 Aralık 1996 tarihinde Türk Eczacılar Birliği ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan protokol gereğince, hastanın tedavisi için hekim tarafından gerekli görülen ve reçeteye yazılan, ancak ülkemizde ruhsatlı olmayan veya ruhsatlı oldugu halde çesitli nedenlerle üretimi veya ithalatı yapılmayan ye Bakanlıkça onaylanan reçetelerdeki ilaçlar, yalnızca kisisel tedavide kullanılmak amacıyla Haziran 1997 tarihinden bu yana Türk Eczacılar

[146]İlaç Sanayi ve Rekabet Edebilirlik Özel İhtisas Komisyonu 2001,**a.g.e**.s.126

Birliği tarafından yurtdışından getirilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının kişisel tedavi için yurtdışından ilaç getirilmesi sırasında yaşadıkları sıkıntılar nedeniyle bu uygulamaya gerek duyulmuştur. İlaçların getirilmesi sırasında gecikmeler nedeniyle tedavinin aksaması, ilaçların uygun koşullarda taşınmaması, yasal olmayan yollarla getirilen ilaçların hastaya fahiş fiyattan satılması ve faturasının temin edilememesi nedeniyle hastaların ilaç paralarını kurumlardan geri alamamaları gibi sıkıntılar, Türk Eczacılar Birliği'nin bu hizmeti vermeye başlaması ile ortadan kalkmıştır.[147]

Gümrük Birliği sonrasındaki Sağlık Bakanlığı'nın bu olumlu hareketleri ve Tarım Bakanlığı tarafından gıda destekleyicisi, antioksidan vb. farmasötik ürünlere verilen ithal izinleri nedeniyle ülkemizde üretilmekte olan bazı ürünlerin benzerlerinin de (vitaminler, Mineraller ve analjezikler vb.) ithal edilmesiyle, mamul İlaç ithalatının 1994-1998 yılları arasında 2.5 kat arttığı görülmektedir. 1998 yılı içinde toplam ilaç sektörü ithalatı içinde, mamul ilaç ithalatı parasal değer olarak %34 gibi yüksek bir seviyeye ulaşmıstır.Mamul ilaç ithalatının bu kadar artması elbette olumlu değildir. Bu nedenle yerli ilaç üretimini özendirici tedbirler alınarak, yerli üretim teşvik edilmelidir.[148]

3.4.6.Mamul İlaç İhracatı

Mamul ilaç ihracatında son yıllarda önemli bir gelişme olmamıştır. Bunun nedenlerinin başında; Eximbank kredilerinin devam etmemesi yeni ruhsatlandırmada yaşanan problemler sayılabilir. İhracat hatta üretimin ithalatı karsılayamaması, ilaç sektörünün en önemli sorunlarından biridir. İhracat miktarı son senelerde yaklasık 100 milyon dolar seviyesinde seyretmektedir.İhracatın ithalatı karşılama oranı 1994 yılında %21.3 iken, 2000 yılında %9.4'e düşmüştür.[149]

Büyük bir ihracat potansiyeline sahip olan Türkiye İlaç Endüstrisi, yüksek rekabetin yaşandığı dış pazarlarda başarılı olabilmek için gerekli yatırımları (teknik ve pazarlama

[147]Alphan, Erkan., "Kisisel Tedavi İçin Yurtdısından İlaç Getirilmesi Hizmeti Gümrük Engeline Takıldı", **Türk Eczacılar Birlig**i **Aylık Yayın Organı**, Subat 2000,s.18.
[148] İlaç Sanayi ve Rekabet Edebilirlik Özel İhtisas Komisyonu **a.g.e**.s.127.
[149]Turgut, Kaya., "İlaç Sanayinin Gelecegi" ,**Aylık Güncel Eczacılık Dergisi**, Mayıs 2002, s.47.

alanlarında) yapmak ve bu yatırımları devam ettirmek zorundadır. Dış pazarlar için gerekli olan yatırım ve harcamaları yapabilmek ise, ancak firmaların fon oluşturmaları ile mümkün olur. Finanssal açıdan güçsüz firmaların, yüksek rekabet ortamında başarılı olmaları beklenemez. Bu nedenle her şeyden önce, Türkiye İlaç Endüstrisi'nin mali yapısının güçlenebilmesi sağlanmalıdır. Bu amaçla; mevcut potansiyel değerlendirilerek ilaç endüstrisi desteklenmeli ve bu desteklerin sürekli olmasına özen gösterilmelidir.[150]

İhracat miktarını artırabilmek için ayrıca;

• Eximbank kedilerinin artırılması, faizlerin makul seviyelere indirilmesi, kredi için istenen teminat ye ipoteklerin makul düzeye çekilmesi, kredilerin verilmesinde belirli kriterlerin uygulanması, bürokrasinin sadeleştirilmesi, bankanın daha fonksiyonel hale getirilmesi sağlanmalıdır.

• Yüksek sübvansiyonlarla Çin, Hindistan, Güney Kore ve diger ülkelerden ithal edilen ilaç hammaddelerine anti-damping tedbirleri uygulanmalıdır. Üretimlerinin GMP uygun olup olmadığı, mahallinde Sağlık Bakanlığı'nca denetlenmelidir.
• İhracat sigortasının kurumsallaştırılması için, sistem yerleşinceye kadar riski yüksek olan ülkelere yapılan ihracat, gerekirse devlet tarafından sigortalanmalıdır.

• Türk ilaç ürünlerinin dış satımının artması, tanıtım faaliyetlerinin artmasına (dünya fuarlarına, kongrelerine katılım vb.) önemli ölçüde bağlıdır. Sektör, negatif kârlılıgı nedeniyle bu faaliyetlere fon ayıramamaktadır. Bu konu da desteklenmelidir.

3.4.7. Ruhsatlandırmada Yaşanan Sorunlar

Bir ilacın araştırma-geliştirme ve klinik araştırma sonuçlarının kabul görmesi veya görmemesi, ruhsatlandırma safhasında ortaya çıkar. Pazarlama zamanlaması ve planları

[150] İlaç Sanayi ve Rekabet Edebilirlik Özel İhtisas Komisyonu **a.g.e**.s.127

ruhsatlandırma ile doğrudan ilişkilidir. Ürünün araştırma-geliştirilmesi ve pazara sunulacak duruma getirilmesi için yapılan tüm harcamaların karşılanabilmesi, ilacın beklenen süre içinde ruhsat alabilmesi ve geciktirmeden, rekabette geri kalmadan pazara verilebilmesi ile mümkündür.

Ülkemizde 1995 öncesinde yasanan ruhsatlandırma sorunları, 1995'den sonra yeni Ruhsatlandırma Yönetmeliği'nin yürürlüğe girmesi ile bir ölçüde aşılmıstır. Ancak 1995'den sonra da AB ile uyum içinde olmayan ve sektörü olumsuz etkileyen hususların geçerliliği devam etmekteydi ve AB'de bir beşeri müstahzarın ruhsatlandırma süresi azami 210 gün ile sınırlandırmışken o tarihlerde Türkiye'de süre sınırlaması yoktu.

Ruhsatlandırma, Fiyatlandırma ve Geri Ödeme süreçlerinde AB'yle uyumu hedeflenmiş olması önemli bir gelişmedir. İşlem süreleri AB'yle uyumlu olacak şekilde tanımlanmıştır. Ancak uygulamaların henüz bu sürelerle uyumlu olmadığı görülmektedir.

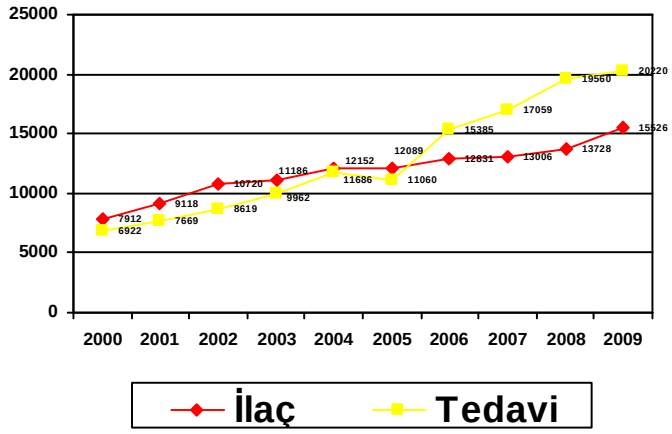
Ruhsatlandırma için regülasyonda belirtilen 210 günlük süre tüm iyileştirme çalışmalarına karşılık halen ortalama 600 gün'dür. Yeni moleküllerin geri ödeme listesine girişi 6-12 ay sürmektedir. 2009 yılı içerisinde geri ödemeye giren yeni molekül sayısı 8'dir.Geçmişle kıyaslandığında ruhsatlandırma sürecinde bugün yaşanan temel sorunlardan birinin çok az sayıda yeni ilaca ruhsat verilmesi olarak karşımıza çıktığı görülmektedir.

Türkiye'de izlenen İlaç fiyat politikası, en kapsamlı genel sağlık sigortası ve en az ilaç harcaması olarak iki temel konuyu içermektedir ve ruhsatlandırma süreçlerine de bu politikalar yön vermektedir.Geçmişte AB ile uyumlu olmayan ruhsatlandırma kriterleri ve süreçleri sözkonusu iken günümüzde AB ile uyumlu hale gelen ruhsatlandırma ve fiyatlandırma süreci ne yazık ki ruhsatlandırma süresi açısından fiili olarak standardize edilememiştir ve sektörün en temel problemlerinden biri olarak önemini korumaktadır.

Türkiye'de kişi başına düşen harcama OECD ülkelerinin en alt seviyesindedir.Aynı durumu aşağıda yer alan tablolarda da görüleceği üzere ilaç fiyatları için de öngörmek mümkündür.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun tedavi harcamalarının ilaç harcamalarına oranla son yıllarda hızla artmakta olduğu ve ilaç harcamalarının payının aynı oranda artmadığı görülmektedir. Bu durumun en temel sebeplerinden biri de yeni moleküllerin ruhsatlandırma süreçlerinin son derece uzun olmasıdır.Diğer ilaçların fiyatları düşerken yeni moleküllerin pazara sunulamaması çok doğal olarak ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payını azaltmaktadır.

Şekil 3.3 Kamu Sağlık Ödemeleri Reel Dağılımı



Kaynak: SGK Bülteni ve Bütçe Verileri

3.4.8. Pazarda Yaşanan Sorunlar

Kaynak Kullanımı Destekleme Fonu (KKDF) olarak ithalattan tahsil edilen fon, 17 Aralık 1998 tarih ve 23556 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan kararla %6'dan, %3'e indirilmiştir. Kredili ithalata getirilen KKDF'ye %3 oranında bir meblağ yatırılması zorunluluğu, ithalatını genel olarak kabul kredisi yoluyla yapan ilaç sektöründe sorun yaratmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın KKDF' nin getirdiği maliyet artışlarının fiyatlara yansıtılmasını kabul etmemesi nedeniyle, sektör bu yükü taşımakta zorlanmaktadır. Petrol, petrol ürünleri, gübre, gübre hammaddeleri, buğday ve arpa, kitap ithalatları KKDF

uygulamasından istisna tutulmuştur. Benzer şekilde ilaç endüstrisinin ithalatında sektörün özel konumu dikkate alınarak, KKDF muafiyeti getirilmelidir.[151]

Hekimler, genellikle sağlık ile ilgili konularda, kendileri ile diğer sağlık mensuplarının ilişki içerisine girmelerine pek fazla sıcak bakmamaktadırlar. Hekimler, hastalar ve hastalıklar hakkında tek ve son sözün kendilerinde olmasını istemektedirler. Bu durum hekim ye eczacı arasındaki zaten zayıf olan ilişkiyi daha da zayıflatmaktadır. Doktor ve eczacı arasındaki bu çesit bir koordinasyon, hastalıkların tedavisinde daha da başarılı olabilmemizi sağladıgı gibi, eczacılık ve doktorluk mesleğinin saygınlığını daha da arttıracaktır.[152]

İlaç endüstrisi Türkiye ilaç pazarında dağıtım kanallarını finanse etmek durumundadır. Endüstrinin bu alanda bağladıgı fon 500 milyon dolara ulaşmıştır. Çok sayıdaki ecza depoları ve ecza kooperatifleri arasında yasanan aşırı rekabet genel ekonomik konjonktür, yönetimsel hatalar ye benzeri olumsuzluklar önemli sayıda deponun iflas etmesine veya pazardan çekilmesine yol açmıstır. Depo sayısı % 60 azalmıştır. Eczane sayısı 20190 olup, yurtiçinde dağılımı dengesizdir. Nüfusun ve sağlık tesislerinin yoğun olduğu özellikle büyük şehir merkezlerinde aşırı sayıda eczane vardır ve yasalarla çelişkili eczaneler sorunu çözülememiştir. Ekonomik yapıları zayıf eczaneler, depolara ve dolaylı olarak endüstriye önemli bir finansal yük yüklemektedirler.Pazarda yasanan çesitli sorunları en aza indirebilmek için yapılması gereken en önemli hareket; ilaç sektörünün serbest piyasa koşulları içinde çalışabilmesine olanak sağlamaktır. Rekabetin rahat oluşturulabileceği, maliyet-fiyat ilişkisinin sağlıklı kurulabilmesi durumunda, sektör kendine daha sağlam bir altyapı oluşturabilir ve globallesme sürecine daha kısa sürede katılarak, dünya piyasa koşullarını kaldırabilecek ekonomik ve teknolojik omurgasını sağlamlaştırabilir.[153]

[151] İlaç Sanayi ve Rekabet Edebilirlik Özel İhtisas Komisyonu **a.g.e**.s.123
[152] Takır, Selçuk, "Hastalıkların Tedavisinde Hasta, Hekim ve Eczacı ilişkisi", **İstanbul Eczacı Odası Havan Haber Dergisi**, Mayıs 2005, s.8
[153] İlaç Sanayi ve Rekabet Edebilirlik Özel İhtisas Komisyonu **a.g.e**.s.126.

3.4.9. Rasyonel İlaç Kullanımı

Türkiye'de rasyonel ilaç kullanımı konusunda istenen seviyeye ulaşılamadığı yaygın bir kanıdır. Ancak değişik kesimlerin farklı görüşleri ve farklı önerileri söz konusudur. Kişi başına düşen ilaç tüketimi, diğer ülkelerle karşılaştırıldığında çok düşük kalan Türkiye'de aşırı bir ilaç kullanımından değil, ancak dengesiz bir kullanımdan söz edilebilir.

Rasyonel ilaç kullanımı tanım olarak, bir hastalığın önlenmesi, kontrol altına alınması veya tedavi edilmesi için doğru ilacın, gereken anda, gereken miktarda ve uygun fiyatla kullanılmasıdır. İlacın, hem kullanana, hem de ulusal ekonomiye en yararlı biçimiyle kullanılmasıdır.

Türkiye'de ilacın rasyonel kullanılmamasının nedenlerini şöyle sıralayabiliriz;

- Bilinç eksikliği ve hatalı kullanım (evlerde ilaç birikmesine yol açar)
- Yetersiz zaman nedeniyle eksik muayene yapılması, gereksiz de olsa ilaç yazılarak hastanın tatmin edilmeye çalısılması,
- Hastaların çok kısa sürede sonuç bekleyerek hemen hekim değistirmeleri sonucunda bir önceki ilaçların devreden çıkarılması,
- Hastaların alerji, mide rahatsızlığı, ihmal, çok ilaç alma korkusu gibi nedenlerle ilaç alımına dozaj bitmeden son vermesi.

3.4.10.Türkiye'de İlaç Kullanımının Artış Nedeni

Nüfusun yaşlanması ve ortalama yaşam süresinin uzaması,Sağlık Hizmetlerine erişim ortalamasının 2,6'dan (2002) 6,2'ye (2009) çıkması, Kronik Hastalık prevalansının dünya ortalamasında olmasına rağmen, farkındalığın düşük olması nedeni ile erişimin artması ile yeni teşhislerin sözkonusu olması, Yeşil Kart sahiplerinin ayaktan tedavilerde yazılan reçetelerinin de geri ödeme kapsamına alınması, Aile Hekimliği uygulamasını

yaygınlaşması nedeni ile psikolojik talep artışı.Sevk zincirinin uygulanmaması nedeni ile basit tedavilerin dahi 2. ve 3. basamakta reçetelenmesi, 20 yaş kategorisindeki ilaçların referans fiyatlandırma kapsamında olmamaları nedeni ile sürekli fiyat artışına yol açmaları, 2009 yılında daha pahalı ilaçların yazılmış olması, Performansa dayalı Döner Sermaye uygulaması ile hekimlerin daha çok muayene ve reçete üretmesi, gibi sıralayabileceğimiz ilaç kullanımında artışa neden alan faktörler söz konusudur.[154]

Rasyonel İlaç Kullanımı; Etkili, güvenli, uygun ve maliyet etkin ilaç kullanımı anlamına gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985 Nairobi toplantısında, Akılcı İlaç Kullanımı; *"Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri"* olarak tanımlanmıştır. Rasyonel – Akılcı İlaç Kullanımı; ucuz ya da indirimli ilaç kullanımı anlamına gelmez. [155]

Rasyonel ilaç kullanımı kalkınma planlarında da yer aldığı şekliyle; doğru, etkin ve hızlı ilaç tedavisi ile sağlık harcamalarında maliyetin minimize edilmesini ifade etmektedir.

3.5.TÜRK İLAÇ SANAYİNİN GELECEĞİ

Türkiye'nin ilaç sektöründe dünya pazarlarında rekabet düzeyi yüksek bir konuma gelebilmesi; yeni teknolojilere özellikle biyoteknolojiye ve nanoteknolojiye uyum sağlanması, teknoloji geliştirmesi, Ar-Ge faaliyetlerinin özellikle geleceğin ilaçlarına dönük olarak planlanması ve yönlendirilmesi ve ticari değeri olan çıktılara ulaşılabilmesi ile mümkündür.

Bugün için, özellikle inovatif çalışmalar göz önüne alındığında ilaç endüstrisi ve üniversiteler arası ortak projelendirme çalışmalarının istenilen biçimde ve yeterlikte olduğunu söylemek mümkün değildir. Bunu aşmanın başlıca yolu, her iki tarafın

[154] SGK Kaynakları(Çevrimiçi)sgk.gov.tr Ocak2010
[155] Dünya Sağlık Örgütünün(w.h.o.) ilaç tanımı. www.microsoft.com(Çevrimiçi) Mart 2009

harcadığı emek, zaman ve fonları akılcı biçimde bütünleştirip sonuç üreterek, iç ve dış pazarlarda kabul görecek yeni ürünlere dönüştürmeyi başarmaktan geçmektedir. Dolayısıyla birbirinden habersiz yürütülen araştırmalar yerine, endüstride kullanılabilirliği yüksek çalışmaların yürütüldüğü, projelendirildiği ortak faaliyetlere yönelmek bir zorunluluktur. Maalesef bu düzen bugüne kadar sağlanamamış ve ilaç haline gelebilecek hiçbir buluş gerçekleşememiştir.[156]

21.yüzyılın teknolojisi olarak kabul gören biyoteknoloji 5-6 farklı sektörde geniş ölçüde uygulanmakta olmasına karşın en çarpıcı sonuçlar ilaç ve tıp alanında alınmaktadır. Ülkemizde biotek ilaç alanında henüz anlamlı bir gelişme görülmemektedir.

Türkiye'de biyoteknolojinin ilk basamaklarında da olsa gerçekleşen çalışma ve ürünler mevcuttur. Geç kalınmış olsa da biyoteknolojinin ilaçlarda da ilk adımların atılması gerekmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin örneğin; Hindistan, Kore, Singapur vb. ulaştıkları çarpıcı konumları ortadadır.

Hindistan kalkınmasının bütün imkansızlıklarına karşın zamanında bilim teknoloji ve sanayi yatırımlarına endekslenmiş bu kararını ısrarcı bir şekilde sürdüregelmiştir. Örneğin 22 devlet enstitüsü yüksek teknoloji alanlarında faaliyet göstermektedir. Hindistanda globalleşmekte öncelik kazanan ilaç endüstrisi biyoteknolojide de önemli mesafeler alacaktır. Türkiye ise uzun yıllar ekonomik istikrarsızlığın ve ulusal ilaç politikasının yokluğunun sıkıntısını yaşamıştır, yaşamaktadır.

Türkiye'nin ekonomik kalkınmasının beklenen düzeyde gerçekleşmesinde model olarak "teknolojik inovasyon" un seçilmesinin zorunlu olduğu açıktır. Yüksek katma değerli ve uluslararası pazarda talep görecek yeni yüksek teknoloji ürünleri; gelişmemizin araçları olacaktır. İlaçta bu kategori içindedir.

[156] Alp Sevindik,''Türkiye'de İlaç Geri Ödeme Sisteminde Son Gelişmeler ve Günümüzdeki Durum'' sunumundan,Kapadokya,2009.

İç Pazar büyümesinin yıllık ortalama % 6-8 düzeyinde olması, onkoloji ilaçlarının 2011 sonrasında en büyük terapotik grup ilaçları teşkil edeceği, biyofarmasötiklerin yıllık ortalama % 10-11 civarında artacağı beklenmektedir.[157]

Sektörün gelişme ve değişiminde en önemli etkenlerden biri hala kamunun ilaç fiyatlandırma ve geri ödeme uygulamaları ve buna bağlı kararları olduğu dikkate alındığında değişimin orta-uzun vadeli projeksiyonunun çok isabetli olması mümkün olamamaktadır.

İlaç üreticileri tarafından nüfusun yaş dağılımı ile ilgili ayrıntıların bilinmesi faydalı bir durumdur. Her yaş grubu içerisinde bulunanların nüfusun tamamı içerisindeki göreceli miktarını bilmek sadece ilaçlara karşı bireysel olarak oluşabilecek talebin tahmin edilmesi için değil, doğrudan araştırma faaliyetlerine yardım etmesi açısından da yararlıdır. İlaç sektöründe önemli trendlerin özellikle 0-19 yaş ve 60-79 yaş grupları içinde yer almakta olduğu söylenmektedir. Bu gruplara karşı geliştirilecek özel ilaçlar dışında, devletin bu gruplara karşı geliştireceği sağlık hizmetleri programlarının da önemli olduğu söylenmektedir.[158]

Sayısı giderek azalan üretim tesisleri araştırmaya dayalı sağlam bir endüstrinin varlığına imkan sağlayamaz. Endüstrinin ülke ekonomisi teknolojisi ve geleceğin ilaçlarına yönelmesi ancak İrlanda gibi Hindistan gibi ülkelerdeki sürekli ve tutarlı devlet-endüstri ve üniversite işbirliğinden geçmektedir.

[157] Turkey Pharmaceutical Healthcare Report, Q4, 2009-BUSINESS MONITOR INTERNATIONAL LTD,s.4

[158] Yüksel, Cenk A., **İlaç Pazarlaması Reçetesiz İlaçlara Karşı Türk Eczacılarının Kanaat ve Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Pilot Bir Araştırma,** Doktora Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fak. , İstanbul, 2000.

3.6. İLAÇ SEKTÖRÜNDEKİ GÜNCEL MİY UYGULAMALARI

Günümüzde, her müsteri kendisinin özel ve tek müsteri olarak görülmesini arzu etmektedir. Teknolojik gelişmeler, pazar ve rekabet kosullarındaki değişimler, ürün ve hizmetlerdeki nitelik ve nicelik artışları müşterilerin bu arzularının temelinde yatan nedenlerdendir. işletmelerin kendi müşterilerini daha iyi tanımaları ve buna göre hizmet sunmaları, personelini müşterileri ve onların ihtiyaçları konusunda eğitmeleri hem müşteri memnuniyetini hem de dolayısıyla satışları artıracaktır.[155]

Müşteri İliskileri Yönetimi, müşteri sınıflandırmaları ve çözüm yolları hakkında çok önemli veriler sunarak firmalara rekabet üstünlüğü sağlarken; gelecekte yapmayı planladıkları çalışmalarında da öncülük yapmaktadır. Müşteri ilişkileri yönetim sahasını genişletip günceleştirecek teknolojik ve müşteriye yönelik bir yönetim anlayışının firmalara ve yöneticilere bir çok imkanlar sağlamaktadır. [156]

İlaç sektörü de diğer sektörlerde olduğu gibi son yıllarda klasik pazarlama anlayışından ‘’müşteri odaklı pazarlama anlayışı’’na yönelim göstermiştir. Firmaların bu anlamda gerçekleştirdikleri CRM uygulamaları çok sağlam bir teknolojik altyapıyla müşteri bilgilerinin tutulduğu ve sürekli güncellendiği, sunulan servislerin alt açılımlarının takip edildiği bir veri işleme bankacılığı, e-mail,wab gibi iletişim kanallarının bu sayede kullanılması ve yine bu alt yapının kullanılarak satış gücü’nün temel alındığı CRM uygulamaları şeklinde gerçekleşmektedir.

Müşteri ilişkileri yönetimi’nin üç temel unsurunu oluşturan insan, proses ve teknoloji yapılanmasında; insan (çalışanlar), müşterinin beklentilerini anlayıp, standar prosedürlerin ötesinde çözümler üretirken; Proses, çalışanların ilettiği müşteri taleplerini hızlı süreç revizyonları ile müşteri odaklı yapılanmaya dönüştürür. Teknoloji ise müşteri bilgilerinin tüm temas noktalarından takip edilmesine ve farklı müsteri isteklerine hızlı çözüm üretilmesine imkan saglayacak şirket içi otomasyonu sağlar.

---

[155] Riger, **a.g.e**., s.48.

[156] Soyer,**a.g.e**. s.43.

Türkiye'de Müşteri İlişkileri Yönetimi Enstitüsü'nün yaptığı araştırmada, insan katkısı % 45, teknoloji katkısı % 31 ve süreç katkısı % 24 olarak belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, Türkiye de hassas rol dağılımında teknoloji, sürecin üzerinde bir öneme sahip olarak algılanmaktadır. İşletmelerde CRM uygulamalarına bakış açısında temelde yerleşmiş olan ''CRM=Teknoloji katkısı'' şeklindeki eksik algı bu araştırmanın önemini bir kat daha artırmaktadır. Çünkü; yapılan bu araştırmayla İlaç sektöründeki hangi teknolojik altyapılı CRM uygulamalarının hekimler tarafından ne oranda kabul gördüğü ve satın alma davranışı üzerinde etkili olduğu ortaya çıkarılacaktır. Dolayısı ile süreç katkısı gözetilmeden şekillendirilen teknolojik bir alt yapının müşteri tarafından kabul görmesinden söz edilemez.

Son yıllarda pek çok ilaç firması gibi Roche ilaç firması da Teknolojik alt yapılı CRM uygulamalarına ağırlık vermiş ve yakın zamanda ''CEWAP'' açılımıyla ilaç sektöründe bir ilki gerçekleştirerek hekimlere, yerel ve yabancı kaynakları bir arada bulunduran, her an her yerde yeni çıkan tıp ürünlerine ve sağlık bilgilerine wap'tan ulaşabilecekleri bir altyapı sunmuştur.

''CEWAP''ın hekimlere sağladığı avantajlar;

1- Sürekli ve interaktif iletişim,
2- Hekimin hizmet kalitesini artırma,
3- İş yükünü azaltma,
4- Önemli tıbbi seminer sunumlarına ulaşabilme,
5- Verilen bilgiler doğrultusunda hekime en yüksek faydayı sunan içerikleri aktarma,
6- Hekimin mesleki gelişimi için içerik arşivi, tıp sözlüğü gibi kaynaklara anında ulaşabilmesi,
7- Hekimin uzmanlığı ve tıp dünyası ile ilgili yenilikleri ilk öğrenen olma fırsatını yakalaması, şeklinde sıralanabilir.

Sisteme üye olmak isteyen hekim, diğer ilaç firmalarının uygulamalarında da olduğu gibi internet adresinden çıktısı alınan formu doldurarak yada tanıtım temsilcisinin

temin ettiği bilgi formunu doldurarak bu sistemden yararlanmaktadır. Doldurulan üye bilgi formunda hekimin iletişim bilgileri ve hangi saatlerde mesaj iletimi yapılmasının uygun olduğu da sorulmaktadır. Dolayısı ile hekimin uygun olduğu zaman diliminde kişiye özel ve yeni gelişmeleri içeren mesajlar hekime iletilmektedir.

Diğer ilaç firmalarında Wap üzerinden yapılan böyle bir CRM uygulaması olmamakla beraber sms, e-mail ortamında gerçekleşen uygulamalar söz konusudur. Diğer ilaç firmalarında ‘’Kişiye Özel Servis’’ ilkesinin ağırlık kazandığı uygulamaları görmekteyiz.Bu uygulamaları genel olarak iki gruba ayırarak değerlendirmek mümkündür;

İlk grupta yer alan uygulamalar temelde çapraz satışı hedef alan CRM uygulamaları şeklinde karşımıza çıkmaktadır.Genel olarak firma prestijine katkı sağlamaya dönük bu uygulamalar belirli bir ürüne ait mesajların iletilmesinden çok farklı endikasyonlarda genel tıp bilgilerinin hekime iletilmesine hizmet etmektedir. Örneğin; MSD firmasının www.univadis.com üzerinden sadece sisteme üye olan hekimlere hizmet sunan bir alt yapı çalışması gibi. Sözkonusu sistemde genel tıp, diğer uzmanlık alanlarıyla ilgili güncel bilgiler , dergi-kitap girişi için bölümler, slide setleri, medikal eğitim kursları , özel konferanslar, kongre raporları gibi servisler sunulmaktadır. Bu grupta yer alan uygulamanın temel amacı hekimin uzmanlık alanıyla ilgili bir talebi yaratmak genel tıp bilgilerinin dışında örneğin Diyabet alanındaki bilgiyi talep etmesini sağlayarak, ikinci bir hareket alanı yaratmaktır.

İlaç firmalarının ikinci grupta yer alan uygulamaları ise ‘’Kişiye özel Servis’’ ilkesinin ağırlık kazandığı alt yapılardan oluşmaktadır. İlk grupta yer alan uygulamalardan farklı olarak bu gruptaki uygulamalarda ‘’CEWAP’’sisteminde olduğu gibi hekimin tercihlerini dikkate alan bir ‘’müşteri bilgi formu’’ doldurulmakta tedavi alanına uygun mesaj iletimine özen gösterilmektedir. Hekim bu grupta yer alan sistemlere üye olarak uzmanlık alanıyla ilgili talep ettiği literatürlere , alanıyla ilgili türk ve yabancı yazarlardan güncel makalelere, ulusal ve uluslararası dergilere ulaşabilmekte, ayrıntılı literatür araması yapabilmekte, sunum setlerinde ayrıntılı arama yaparak

sunum şablonları oluşturabilmektedir. Bu uygulamalardan yararlanan ve sisteme üye olan hekimlerin uzmanlık alanlarına özel mesajlar da ‘’CEWAP’’ sisteminde olduğu gibi hekime farklı iletişim kanallarıyla iletilmektedir.

Sonuç olarak ilaç sektöründe yer alan firmalar, teknolojik alt yapıyı kullanarak müşterilerini tanımakta, analiz etmekte, müşterilerinin ihtiyaçlarına dönük hızlı çözümler üretmekte ve tüm bunları yaparken ürünleriyle ilgili güncel bilgileri en kısa zamanda ve en etkili şekilde müşterileriyle paylaşmaya özen göstermektedirler.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

İLAÇ SEKTÖRÜNDE İLETİŞİM KANALLARINA YÖNELİK CRM UYGULAMALARININ HEKİMLERİN İLAÇ TERCİHLERİNDEKİ ROLÜ ÜZERİNE PİLOT BİR ARAŞTIRMA

Bu bölümde araştırmanın metodolojisi ve araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU VE ÖNEMİ

Günümüzdeki müşteri yapısını incelediğimizde, müşterinin diğer müşterilerden ayrışmak istediğini, hızlı ve kaliteli servis beklentisinin en üst düzeyde olduğunu görmekteyiz. Teknoloji, pazar ve rekabet yapısındaki baş döndürücü değişimler, ürün ve hizmetlerdeki nitelik ve nicelik artışları müşterilerin bu arzularının temelinde yatan nedenlerdendir. İşletmelerin kendi müşterilerini daha iyi tanımaları ve buna göre hizmet sunmaları, personelini müşterileri ve onların ihtiyaçları konusunda eğitmeleri hem müşteri memnuniyetini hem de satışları artıracaktır.[157]

Müşteri İlişkileri Yönetimi, müşteri sınıflandırmaları ve çözüm yolları hakkında çok önemli veriler sunarak firmalara rekabet üstünlüğü sağlarken; gelecekte yapmayı planladıkları çalışmalarında da öncülük yapmaktadır. Müşteri İlişkileri Yönetim sahasını genişletip güncelleştiren teknolojik alt yapılı uygulamalar, firmalara ve yöneticilere karar verme süreçlerinde bir çok imkan sağlamaktadır. [158]

İlaç sektörü diğer sektörlerden farklı olarak, sadece son yıllarda değil 70'li yıllardan önce de günümüzün ''Müşteri Odaklı Pazarlama Anlayışı''nın öncüsü olmuştur. İlaç Firmaları da diğer sektör firmaları gibi farklı CRM uygulamalarını çok sağlam bir teknolojik alt yapıyla uygulamaktadırlar. Müşteri bilgilerinin tutulduğu ve sürekli

[157] Riger, **a.g.e.** s.47
[158]Çoroğlu Coşkun, "Modern isletmelerde Pazarlama ve Satış Yönetimi" 1. Baskı,İstanbul, Alfa Aktüel Kitabevi, 2002.s.43

güncellendiği teknolojik alt yapı sistemleri, aynı zamanda sunulan servislerin alt açılımlarının takip edilmesini ve gerekli analizlerin yapılmasını sağlayarak bir veri işleme bankacılığı sisteminde çalışmaktadır. Sms, e-mail, wap gibi iletişim kanalları da son dönemler de CRM destekli olarak satış ve pazarlama alanında ilaç firmalarının sıklıkla kullanmaya başladıkları araçlardır.

CRM'nin insan, süreç ve teknoloji üçlemesinde; İnsan (çalışanlar), müşterinin beklentilerini anlayıp, standart prosedürlerin ötesinde çözümler üretirken; Proses, çalışanların ilettiği müşteri taleplerini hızlı süreç revizyonları ile müşteri odaklı yapılanmaya dönüştürür. Teknoloji ise müşteri bilgilerinin güncellenerek tüm temas noktalarından takip edilmesini ve farklı müşteri isteklerine hızlı çözüm üretilmesini sağlar. Yapılan pek çok araştırmada insan katkısının, teknoloji katkısından fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Teknoloji katkısı ile süreç katkısı arasındaki ilişkiye bakıldığında ise teknoloji katkısının payı, süreç katkısından daha fazladır. Dolayısı ile Türkiye'de hassas rol dağılımında teknoloji, sürecin üzerinde bir öneme sahip olarak algılanmaktadır. İşletmelerde CRM uygulamalarına bakış açısında temelde yerleşmiş olan "CRM=Teknoloji Katkısı" şeklindeki eksik algı bu araştırmanın önemini bir kat daha artırmaktadır. Bu araştırma ile ilaç sektöründe teknolojik altyapılı CRM uygulamalarının ilaç firmaları tarafından ne yoğunlukta kullanıldığının ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır.

İlaç sektöründe faaliyet gösteren firmalar teknolojik altyapılı CRM uygulamalarına ağırlık vermişlerdir. Bazı firmalar ise teknolojik uygulamalar konusunda öncülük yapmakta ve ilk olmanın uzun dönemli müşteri yaşam boyu eğrisine sağlayacağı katkıyı ön plana çıkarmaktadırlar. Bu uygulamalardan biri de ''CEWAP'' açılımıyla ilaç sektöründe bir ilki gerçekleştirerek hekimlerle sürekli interaktif iletişimi gerçekleştiren ROCHE İlaç Firmasıdır. "CEWAP''; wap üzerinden hekimlere ulaşan bir iletişim kanalı olup, aynı zamanda hekimin hizmet kalitesini artırmaya, iş yükünü azaltmaya, önemli tıbbi seminer sunumlarına ulaşabilmesine imkan sağlamaktadır.

Araştırmanın önemi, mevcut CRM uygulamalarının ağırlıklarının belirlenmesiyle, hazırlanan pazarlama planlarına katkı sağlama noktasında kendini göstermektedir. İlaç

firmaları da yaşayan tüm organizasyonlar gibi sınırlı kaynaklarla optimum verim almayı hedeflemektedirler. Bu araştırma, hangi CRM uygulaması ne oranda ürünü tercih etme davranışı üzerinde ağırlığa sahiptir? sorusuna cevap bularak sürekli değişen müşteri beklentilerinin İstanbul bölgesi için anlık haritasını çıkarmaktadır. Araştırmayla aynı zamanda müşterilerin ürün tercih etme sıklığında etkili olan CRM uygulamalarının ağırlığı da belirlenmeye çalışılmaktadır. Böylece ürünü kabullenmiş ve tercih eden müşterilerin tercih etme sıklığı gibi firmalar açısından kritik öneme sahip bir parametreye de açıklık getirilmiştir.

4.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

İlaç sektöründe yapılan bu araştırmanın amacı, demografik özelliklere göre hekimlerin ürünü tercih etme davranışı arasında ilişki ve farklılık olup olmadığını tespit etmektir. Hekimlerin ürünü tercih etme davranışı, ilaç firmalarının kullandığı iletişim kanallarına ve iletilen mesajın özelliklerine bağlı olarak iki ayrı değişken açısından belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın temel amacı; iletişim kanalının türüne ve mesajın özelliklerine bağlı olarak, hekimlerin ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığı ile hekimlerin demografik özellikleri arasındaki ilişkiyi belirlemek ve demografik özelliklere göre tercih davranışlarında farklılık olup olmadığını tespit etmektir.

Araştırmanın alt amaçları ise şu şekilde belirlenmiştir:

- İlaç firmalarının hekimlere ulaşırken kullandıkları iletişim kanallarının yoğunluğuna ilişkin hekimlerin değerlendirmelerini ortaya koymak,
- Hekimlerin bir ilacı ilk defa reçetelemesinde hangi iletişim kanallarının önceliği olduğunu belirlemek,
- Hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarına ilişkin ortalamaların, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı olup olmadığını belirlemek,

- Bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini artıran özelliklere ilişkin ortalamaların, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı olup olmadığını belirlemek,
- Hekimlerin demografik özellikleri ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki olup olmadığını belirlemek,
- Hekimlerin demografik özellikleri ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki olup olmadığını belirlemek,
- Hekimlerin iletişim kanallarına göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalarının, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan farklı olup olmadığını belirlemek,
- Hekimlerin demografik özelliklerine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık olup olmadığını belirlemek,
- Hekimlerin mesajın özelliklerine göre bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalarının, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı olup olmadığını belirlemek,
- Hekimlerin demografik özelliklerine göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık olup olmadığını belirlemek.

4.3.ARAŞTIRMANIN MODELİ VE DEĞİŞKENLERİ

İlaç sektöründe tanıtımı yapılan ürünlerle ilgili olarak hekimlere farklı iletişim kanalları kullanılarak mesaj iletilmektedir. Dolayısı ile iletişim kanalının türü kadar, mesaj özelliğinin de ilaç tercihinde rol oynadığı düşünülebilir.

Son yıllarda teknolojik altyapısını güncelleyen pek çok ilaç firması, wap da dahil olmak üzere e-mail, sms gibi iletişim kanallarını kullanmakta ve sözlü olarak tanıtım temsilcileri aracılığı ile ürünlerine ait mesajları hekimlere iletmektedir.

Araştırma modeli; demografik özelliklere göre, hekimlerin ürünü tercih etme davranışı arasında ilişki ve farklılık olup olmadığını tespit etmeye yönelik olarak geliştirilmiştir. Araştırma genel olarak tanımlayıcı ve kısmen de keşfedici niteliktedir. Araştırmaya ilişkin model Şekil 4.1.'de gösterilmiştir. Araştırmada, Demografik Özellikler ve Hekimin Ürünü Tercih Etme Davranışı olmak üzere iki değişken grubu bulunmaktadır.

Araştırmanın değişken gruplarının açılımı aşağıda gösterilmiştir.

- **Hekimin Ürünü Tercih Etme Davranışı İle İlgili Değişkenler**

  - İletişim kanallarına göre hekimlerin ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına yönelik görüşleri (14 ifade)
  - İletilen mesajın özelliklerine göre hekimlerin ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına yönelik görüşleri (5 ifade)

  İlacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına yönelik görüşleri ölçen 19 ifade CRM uygulamalarına ilişkin sözel, sms, e-mail, wap gibi iletişim kanallarına yönelik olarak geliştirilmiştir. Aynı zamanda bilimsel yayın, kongre-toplantı ve mesajın özellikleri ile ilgili ifadeleri de içeren, hekimlerin bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ait görüşleri 5'li Likert Ölçeği kullanılarak ölçülmüştür.

- **Hekimlerin Demografik Özellikleri İle İlgili Değişkenler**

  - Meslekteki Süre
  - Görev Yapılan Sağlık Kurumunun Türü
  - Uzmanlık
  - Yaş
  - Cinsiyet
  - Mezun Olunan Fakülte
  - Coğrafi Bölge

Araştırmamızın anket formunda 11 soru bulunmaktadır. İlk soru ilaç firmalarının hekimlere ulaşırken wap, sms, e-mail ve sözel iletişim kanallarını hangi yoğunlukta kullandıklarının belirlemesine yöneliktir.

İkinci soru, hekimlerin bir ilacı ilk defa reçetelemelerinde en etkili olduğunu düşündükleri iletişim kanallarından üçünün öncelik derecesini belirlemeye yöneliktir.

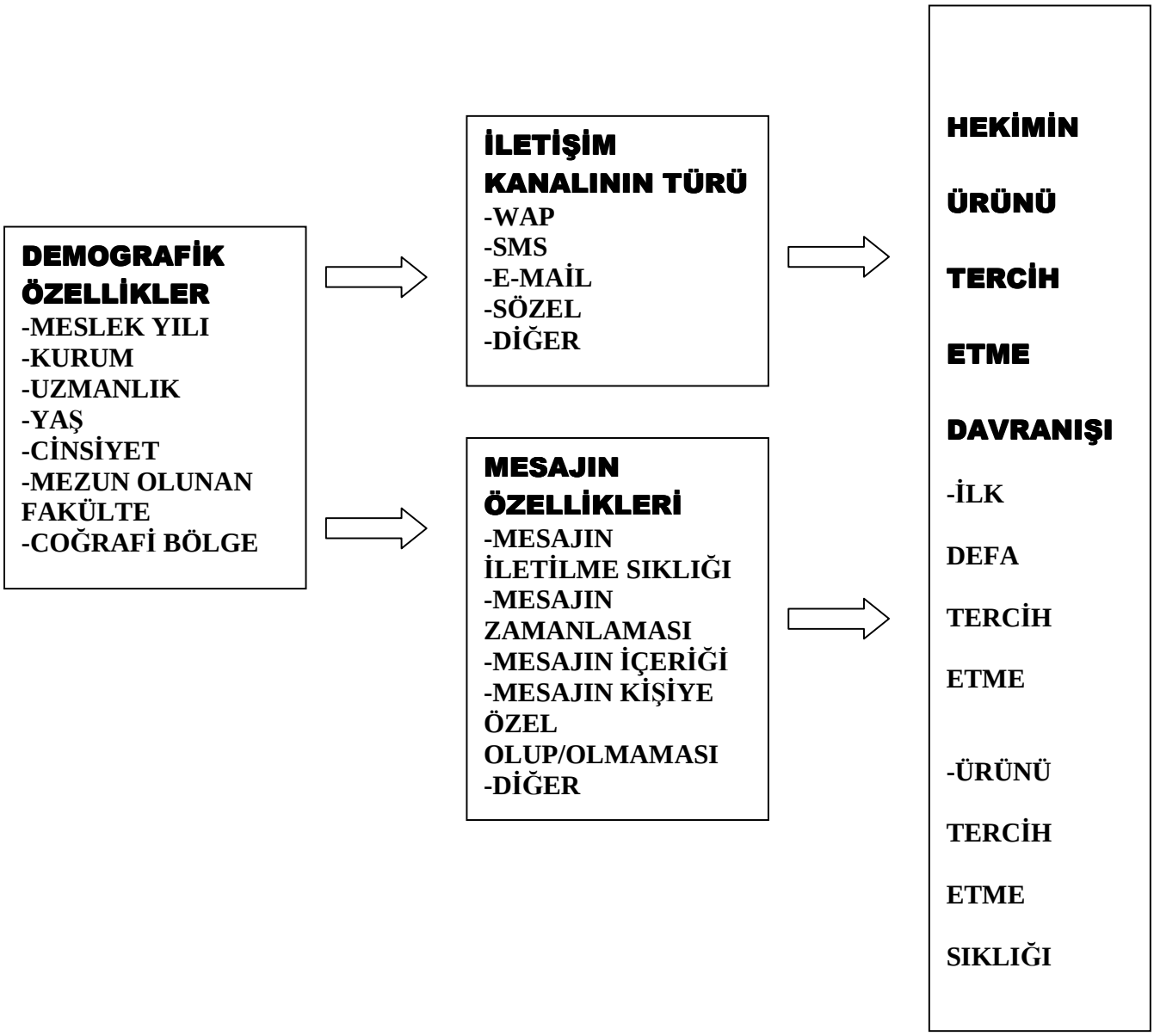
Üçüncü soru ile hekimlerden tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını artırmada iletişim kanallarını derecelendirmeleri istenmiştir.

Dördüncü soru ile hekimlerden bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini artırdığını düşündükleri özellikleri derecelendirmeleri istenmiştir. İlk dört soruda ayrıca “Diğer” seçeneği yer almıştır.

İlk dört sorudan farklı olarak beşinci soruda hekimlerin ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik olarak geliştirilen ifadelere katılma dereceleri belirlenmeye çalışılmıştır. Hekimlerin iletişim kanalının türü ve mesajın özelliklerine göre ilaç tercihine ait görüşleri 5’li Likert Ölçeği kullanılarak ölçülmüştür.

Anket formundaki diğer sorular, meslekteki süre, görev yapılan sağlık kurumunun türü, uzmanlık, yaş, cinsiyet, mezun olunan fakülte ve görev yapılan coğrafi bölgeye ilişkin demografik özellikleri belirlemeye yöneliktir.

Şekil 4.1. Araştırmanın Modeli



4.4.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

İstatistiksel anlamda hipotez, bir tesadüfi değişkenin dağılımıyla ilgili yapılan varsayımdır.

Hipotez, ortaya çıkmış veya çıkacak belli davranışlar veya olgular hakkında varsayım niteliğinde yapılan açıklamalardır. Hipotez araştırmacının araştırma problemindeki değişkenler arasındaki ilişkilerden beklentilerini ifade etmektedir.[159] Sıfır hipotezleri(null) genel olarak fark olmadığı tezi üzerine kurulmaktadır. Geleneksel olarak Sıfır hipotezi, Ho olarak sembolize edilmektedir. Her Sıfır hipotezine karşılık mutlaka bir alternatif hipotez vardır. Alternatif hipotez $H_ı$ olarak sembolize edilmektedir. [160]

Araştırma temelde; demografik özelliklere göre hekimlerin ürünü tercih etme davranışı arasında ilişki ve farklılık olup olmadığını belirlemeye yöneliktir. Bu doğrultuda oluşturulan hipotezler şu şekildedir;

1. **Ho:** Hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarına ilişkin ortalamaları, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı değildir.

   Hı: Hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarına ilişkin ortalamaları, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklıdır.

2. **Ho:** Bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini artıran özelliklere ilişkin ortalamalar, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı değildir.

---

[159] Kemal Kurtulus**, İşletmelerde Araştırma Yöntem Bilimi**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No: 210, İşletme İktisadı Enstitüsü Yayın No: 106, İstanbul 1989, s. 9.

[160] Remzi Altunısık ve dig., **Sosyal Bilimlerde Arastırma Yöntemleri**, SPSS Uygulamaları,Adapazarı, 2001, s. 145.

Hı: Bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini artıran özelliklere ilişkin ortalamalar, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklıdır.

3. **Ho:** Hekimlerin demografik özellikleri ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.
   Hı: Hekimlerin demografik özellikleri ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.
   a) **Ho:** Hekimlerin meslekteki süresi ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.
      Hı: Hekimlerin meslekteki süresi ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.
   b) **Ho:** Hekimlerin çalıştığı kurum ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.
      Hı: Hekimlerin çalıştığı kurum ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

   c) **Ho:** Hekimlerin uzmanlığı ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.
      Hı: Hekimlerin uzmanlığı ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

d) **Ho:** Hekimlerin yaşı ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.

Hı: Hekimlerin yaşı ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

e) **Ho:** Hekimlerin cinsiyetleri ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.

Hı: Hekimlerin cinsiyetleri ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

f) **Ho:** Hekimlerin mezun olduğu fakülte ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan ilişki yoktur.

Hı: Hekimlerin mezun olduğu fakülte ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

g) **Ho:** Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölge ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.

Hı: Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölge ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

4. **Ho:** Hekimlerin demografik özellikleri ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.
   Hı: Hekimlerin demografik özellikleri ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

   a) **Ho:** Hekimlerin meslekteki süresi ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.
      Hı: Hekimlerin ile meslekteki süresi ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

   b) **Ho:** Hekimlerin çalıştığı kurum ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.
      Hı: Hekimlerin çalıştığı kurum ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

   c) **Ho:** Hekimlerin uzmanlığı ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.
      Hı: Hekimlerin uzmanlığı ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

   d) **Ho:** Hekimlerin yaşı ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.

Hı: Hekimlerin yaşı ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

e) Ho: Hekimlerin cinsiyetleri ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.

Hı: Hekimlerin cinsiyetleri ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

f) Ho: Hekimlerin mezun olduğu fakülte ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.

Hı: Hekimlerin mezun olduğu fakülte ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

g) Ho: Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölge ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yoktur.

Hı: Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölge ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

5. Ho: Hekimlerin iletişim kanallarına göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı değildir.

Hı: Hekimlerin iletişim kanallarına göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklıdır.

6. **Ho:** Hekimlerin demografik özelliklerine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.
   Hı: Hekimlerin demografik özelliklerine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

   a) **Ho:** Hekimlerin meslekteki süresine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.
      Hı: Hekimlerin meslekteki süresine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

   b) **Ho:** Hekimlerin çalıştığı kuruma göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.
      Hı: Hekimlerin çalıştığı kuruma göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

   c) **Ho:** Hekimlerin uzmanlığına göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.
      Hı: Hekimlerin uzmanlığına göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

d) **Ho:** Hekimlerin yaş gruplarına göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.
Hı: Hekimlerin yaş gruplarına göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

e) **Ho:** Hekimlerin cinsiyetlerine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.
Hı: Hekimlerin cinsiyetlerine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

f) **Ho:** Hekimlerin mezun olduğu fakülteye göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.
Hı: Hekimlerin mezun olduğu fakülteye göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

g) **Ho:** Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölgeye göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.
Hı: Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölgeye göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

7. **Ho:** Hekimlerin mesajın özelliklerine göre bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı değildir.
   Hı: Mesajın özelliklerine göre ilacı bir ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklıdır.

8. **Ho:** Hekimlerin demografik özelliklerine göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.
   Hı: Hekimlerin demografik özelliklerine göre mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

   a) **Ho:** Hekimlerin meslekteki süresine göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.
      Hı: Hekimlerin meslekteki süresine göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.
   b) **Ho:** Hekimlerin çalıştığı kuruma göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.
      Hı: Hekimlerin çalıştığı kuruma göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

   c) **Ho:** Hekimlerin uzmanlığına göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.

Hı: Hekimlerin uzmanlığına göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

d) Ho: Hekimlerin yaşına göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.

Hı: Hekimlerin yaşına göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

e) Ho: Hekimlerin cinsiyetlerine göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.

Hı: Hekimlerin cinsiyetlerine göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

f) Ho: Hekimlerin mezun olduğu fakülteye göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.

Hı: Hekimlerin mezun olduğu fakülteye göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

g) Ho: Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölgeye göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık yoktur.

Hı: Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölgeye göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

4.5.ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE KISITLARI

Geçmişte yapılan CRM araştırmalarında genellikle eğitim alan işletme yetkililerinin yada işletmelerin CRM uygulamalarına bakış açıları analiz edilmeye çalışmışken bu araştırmada farklı olarak CRM uygulamalarının hedefinde olan hekimlerin algıları belirlenmeye çalışılmıştır. Ürün tercihinde etkili olan iletişim kanallarının türü ve ağırlığı aynı zamanda pazarlama planlarının oluşturulmasında yol gösterici olabilir.

Araştırmada, demografik özelliklere göre hekimlerin ürünü tercih etme davranışı arasında ilişki ve farklılık olup olmadığını belirlemeye yönelik bir model geliştirilmiştir. Dolayısı ile daha önce yapılan çalışmalarda, iletişim kanallarına yönelik CRM uygulamalarının farklı firmalarda uygulanma şekilleri ve yoğunlukları araştırılmışken, bu araştırmada tercih etme davranışında bulunan hekimlere yönelik bir araştırma söz konusudur. Diğer bir ifadeyle, CRM uygulamalarının temel amaçlarından biri olan müşterileri segmente ederek daha iyi hizmet sunma yaklaşımına paralel bir araştırma modeli geliştirilerek, hekimlerin demografik özelliklerine göre ürün tercih etme davranışının iletişim kanallarına ve mesajın özelliklerine bağlı olarak farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Ayrıca ilaç sektöründe yapılan diğer çalışmalarda hekimin ürünü tercih etmesinde etkili olan; ürünün özellikleri, tanıtım temsilcisinin sunum becerileri gibi faktörler araştırılmışken, yapılan bu araştırmayla iletişim kanallarına yönelik CRM uygulamalarının türü ve mesajın özelliklerine bağlı olarak tercih etme davranışının farklı demografik özelliklerle ilişkisi araştırılmıştır.

Araştırma, diğer taraftan araştırmaya katılan hekimleri meslekteki süreleri, görev yaptıkları kurumlar, uzmanlık alanları, yaşları, cinsiyetleri, mezun oldukları fakülte ve

çalıştıkları coğrafi bölge gibi demografik faktörler açısından sınıflandırarak belirlenen değişkenler açısından tanımlayıcı bir imkan da sağlamaktadır.

Bu çalışmada zaman ve maliyet gibi kısıtlardan dolayı araştırmanın ana kütlesini sadece İstanbul bölgesinde görev yapan hekimler oluşturabilmiştir. Pilot çalışma niteliğindeki bu araştırmada ana kütlenin tamamına ulaşmak maliyet ve zaman açısından oldukça güç olacağından, araştırmanın kapsamı İstanbul bölgesiyle sınırlandırılmıştır. Araştırma kapsamının İstanbul bölgesi ile sınırlandırılmış olması sonuçlarının Türkiye çapında genellenmesine engel olmaktadır. Çalışma Mart 2009 – Ocak 2010 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

4.6.ÖRNEKLEME SÜRECİ

Araştırmanın ana kütlesini İstanbul bölgesinde görev yapan 6900 hekim oluşturmaktadır. Araştırmanın örnek büyüklüğü e = 0,05 ve α = 0,05 düzeyine göre;
$n= \pi(1-\pi)/ (e/z)^2$

$n= 0,5*0,5 / (0,05/1,96)^2$

n= 384 olarak hesaplanmıştır.

Anakütle standart sapma veya varyanslarının bilinmesi çoğu kez olanaksız olduğundan bunların tahmin edilmesi gerekir. Böyle bir tahmini oranlar üzerinden yapmak çok daha kolaydır. Çünkü bu oranlar hakkında hiçbir bilgi olmasa dahi π(1-π)'nin en yüksek olduğu (0,5 X 0,5 = 0,25) değeri esas alınabilir.[161] Bu doğrultuda araştırmanın örnek büyüklüğü hesaplanırken π değeri 0,5 olarak alınmıştır.

Araştırmanın örnek büyüklüğü 384 olarak belirlenmiş olmakla birlikte veri toplama sürecinde anakütledeki 316 hekime ulaşılabilmiştir.

Veri toplama işlemi 23 Kasım 2009 – 4 Aralık 2009 tarihleri arasında iki haftalık bir sürede gerçekleştirilmiş ve iki hafta boyunca haftanın beş günü sürdürülmüştür.

[161] Kemal Kurtuluş,**Pazarlama Araştırmaları,**Literatür yayıncılık,2006, s.191

4.7.VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE ARACI

Araştırmada İstanbul bölgesinde görev yapan 316 hekimle yüzyüze görüşme yöntemi ile anket yapılmıştır.

Anket formu hazırlanmadan önce çalışmanın amacı doğrultusunda konu ile ilgili geniş bir literatür taraması yapılarak araştırmaya kavramsal bir zemin hazırlanmaya çalışılmıştır. Daha sonra literatürden elde edilen bilgiler ve araştırmanın amacı dikkate alınarak oluşturulan araştırma modeline göre bir anket formu hazırlanmıştır.

Anket formunda yer alan soruların araştırmanın amaçlarına uygun olarak belirlenmesine çalışılmış, soruların anlaşılabilir olmasına dikkat edilmiştir. Soruların cevaplayıcıları yönlendirici sorular olmamasına özen gösterilmiştir. Hazırlanan anket formu, soruların uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla 35 kişiye uygulanmıştır. Uygulamada karşılaşılan aksaklıkları gidermek için gerekli düzeltmeler yapılarak anket formu yeniden düzenlenmiştir.

Anket formu son şekliyle uygulanmadan önce soruların anlaşılırlığını ve cevap verme süresini tesbit edebilmek için 30 kişiye daha uygulanmıştır. Bu uygulamalar sonucunda anket formunda gerekli düzeltme ve sadeleştirmeler yapılarak anket formuna ekler bölümünde yer alan son şekli verilmiş ve cevaplayıcılara bu şekilde uygulanmıştır.

4.8.VERİ VE BİLGİLERİN ANALİZİ

Araştırma sürecinde toplanan veriler araştırmanın amaçları doğrultusunda SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Araştırmadan elde edilen verilere Korelasyon Analizi, Varyans Analizi ve t-testi uygulanmıştır.

Araştırmada hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını arttıran iletişim kanallarına (wap, sms, e-mail, sözel, toplantı/kongre) ilişkin değerlendirmelerinin genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı olup olmadığını belirlemek için ve bir ilaçla ilgili iletilen mesajın özelliklere ilişkin değerlendirmelerinin genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı olup olmadığını belirlemek için t testi uygulanmıştır.

Araştırmada yer alan iletişim kanallarına yönelik olarak geliştirilen hekimin tercih davranışını ilaç tercihi ve tercih etme sıklığını belirlemeye yönelik 4 ifadenin her birinin ortalamasının genel eğilimden istatistiki bakımdan anlamlı olarak farklı olup olmadığını test etmek için t-testi uygulanmıştır. Ayrıca iletişim kanallarına ve mesajın özelliklerine yönelik geliştirilen 19 ifade ile demografik özellikler arasındaki ilişki Korelasyon analizi ile test edilmiştir.

Araştırmada hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını arttıran iletişim kanallarına ve bir ilaçla ilgili iletilen mesajın özelliklerine ilişkin değerlendirmelerinin; cinsiyet, coğrafi bölge, görev yapılan sağlık kurumunun türü olarak belirlenen demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için t testi, ikiden fazla grubun yer aldığı meslekteki süre, mezun olunan fakülte, yaş grubu, uzmanlık olarak belirlenen demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için de Varyans analizi yapılmıştır.

4.9. ARAŞTIRMAYA KATILAN HEKİMLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmanın bu bölümünde araştırmaya katılan hekimlerin demografik özelliklerine ait frekans ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Hekimlerin demografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımlarının yer aldığı tablolara, çalışmanın 'ekler' bölümünde cinsiyete göre demografik özelliklerin dağılımı ilave edilmiştir.

Araştırma Tablo 4.1.'de belirtilen 33 kurumun aile hekimliği, dahiliye, fizik tedavi, kadın-doğum ve ortopedi branşlarında görev yapan hekimlerin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.1.'deki sağlık kurumları İstanbul bölgesinin Asya ve Avrupa yakasında yer alan kurumlar olup üniversite hastanesi, devlet hastanesi ve semt poliklinikleri şeklinde çeşitlilik göstermektedir. Böylece araştırma modelinde yer alan "Coğrafi Bölge" demografik özelliğine, hekimlerin çalıştıkları kurum dikkate alınarak yer verilmiştir. Türkiye'de sağlık hizmeti sunan sağlık kurumlarının bir bölümünün sadece hastaları tedavi etmeye yönelik bir amaçla faaliyet gösterirken (Devlet Hastaneleri, Semt Poliklinikleri gibi), bir bölümü de hasta tedavi etmenin yanı sıra asistan hekimlerin eğitimini de (Eğitim Araştırma Hastaneleri) üstlenmektedir. Bu temel farklılıktan yola çıkılarak "Görev Yapılan Sağlık Kurumunun Türü" demografik özelliğinde, hekimlerin çalıştıkları kurum türüne göre araştırmaya katılan hekimlerin ağırlıklı olarak yer aldığı Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Diğer Hastaneler şeklinde gruplama yapılmıştır.Araştırmanın farklı yapıdaki kurumlarda yapılması İlaç sektöründe iletişim kanallarına yönelik uygulanan CRM uygulamaları hakkında farklı ve anakütlenin ortalamasını da yansıtan sonuçlara ulaşılmasını sağlamıştır.

Tablo 4.1. Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Kurumları

	ARAŞTIRMA YAPILAN KURUMLAR
1	AKBANK EMEKLİ SAND.
2	ALEMDAĞ DEV. HAST
3	BAĞCILAR EAH
4	BALTALİMANI EAH
5	BAYRAMPAŞA DEVLET HAST
6	BÜYÜKÇEKMECE DEV. HAST
7	CERRAHPAŞA TIP FAKT
8	DR.LÜTFÜ KIRDAR KARTAL EAH
9	ERENKÖY FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HASTANESİ
10	FATİH SULTAN MEHMET EAH
11	FLORANCE NIHTINGALE HAST
12	GAZİ YAŞAM TIP MERKZ
13	GÖZTEPE EAH
14	HAYDARPAŞA NUMUNE EAH
15	İST. TIP FAKT
16	İST.FİZİK TED. VE REH.EAH
17	İSTİNYE DEVL.HAST
18	KASIMPAŞA DENİZ HAST
19	MARMARA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
20	OKMEYDANI EAH
21	PAŞABAHÇE DEVLET HAST
22	PENDİK DEVLET HAST
23	SAİT ÇİFTÇİ SEMT POLK.
24	SARIYER DEVLET HAST
25	SULTANBEYLİ DEVLET HAST
26	ŞİŞLİ ETFAL EAH
27	TAKSİM İLK YARDIM EAH
28	TUZLA DEVLET HAST
29	ÜMRANİYE EAH
30	ÜSKÜDAR DEVLET HAST
31	YAKACIK KADIN DOĞUM HAST.
32	YENİKÖY TIP MERKEZİ
33	ZEYNEP KAMİL KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HAST EAH

Tablo 4.2. Hekimlerin Görev Yaptığı Sağlık Kurumunun Türüne Göre Dağılım

		Frekans	*Yüzde*	*Geçerli Yüzde*	*Kümülatif Yüzde*
GÖREV YAPILAN SAĞLIK KURUMUNUN TÜRÜ	EAH	168	53,2	53,2	53,2
	Diğer Hast.	148	46,8	46,8	100,0
	Toplam	316	100,0	100,0	

Tablo 4.2.'de yer aldığı gibi, hekimlerin görev yaptığı sağlık kurumunun türüne göre dağılımda Eğitim Araştırma Hastanesinde (EAH) görev yapan hekimlerin sayısı 168, oranı ise %53 olarak yer almaktadır. Dolayısı ile yaklaşık olarak araştırmaya katılan hekimlerin yarısının Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yaptığından söz edilebilir. Ek Tablo 1.'de Eğitim Araştırma Hastanesinde ve diğer hastanelerde görev yapan hekimlerin cinsiyet dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 4.3. Hekimlerin Cinsiyet Dağılımı

		Frekans	*Yüzde*	*Geçerli Yüzde*	*Kümülatif Yüzde*
CİNSİYET	Bayan	114	36,1	36,1	36,1
	Erkek	202	63,9	63,9	100,0
	Toplam	316	100,0	100,0	

Tablo 4.3.'de araştırmaya katılan hekimlerin % 36'sının bayan, % 64'ünün de erkek olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan bayan hekimlerin sayısı 114, erkek hekimlerin sayısı ise, 202'dir. Araştırmaya katılan erkek hekimlerin oranı bayan hekimlere oranla daha fazladır.

Tablo 4.4. Hekimlerin Uzmanlık Dağılımı

		Frekans	*Yüzde*	*Geçerli Yüzde*	*Kümülatif Yüzde*
UZMANLIK	Ortopedi	85	26,8	26,8	26,8
	Kadın -Doğum	88	27,8	27,8	54,6
	Fizik Tedavi	53	16,8	16,9	71,4
	Dahiliye	80	25,3	25,3	96,8
	Aile Hekimi	10	3,2	3,2	100,0
	Toplam	316	100,0	100,0	

Tablo 4.4.'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hekimlerin uzmanlık dağılımı 10 aile hekimi, 80 dahiliye uzmanı, 53 fizik tedavi uzmanı, 88 kadın doğum uzmanı ve 85 ortopedi uzmanından oluşmaktadır. Ortopedi, Dahiliye ve Kadın-Doğum uzmanlıklarının yüzdesel dağılımı (Ortopedi %27, Dahiliye %25, Kadın-Doğum %28) birbirine çok yakındır. Ek Tablo 2.'de araştırmaya katılan hekimlerin uzmanlığına göre cinsiyet dağılımı yer almakta olup, uzmanlık dağılımlarında araştırmaya sadece erkek ortopedi uzmanlarının katıldığı görülmektedir. Bu durum ortopedi uzmanlığında büyük ölçüde erkek hekimlerin çalıştığı konusunda fikir vermektedir.

Tablo 4.5. Hekimlerin Meslekteki Sürelerine Göre Dağılımı

		Frekans	*Yüzde*	*Geçerli Yüzde*	*Kümülatif Yüzde*
MESLEKTEKI SÜRE	1-5 Meslek Yılı	42	13,3	13,3	13,3
	6-10 Meslek Yılı	77	24,4	24,4	37,7
	11-15 Meslek Yılı	48	15,2	15,2	52,8
	16-20 Meslek Yılı	47	14,9	14,9	67,7
	21-25 Meslek Yılı	44	13,9	13,9	81,6
	26-30 Meslek Yılı	46	14,6	14,6	96,2
	31-35 Meslek Yılı	12	3,8	3,8	100,0
	Toplam	316	100,0	100,0	

Tablo 4.5.'de yer aldığı gibi, hekimlerin meslekteki sürelerine göre dağılımında en yüksek yüzdeye sahip meslek yılı 6-10 (%24)'dur. Diğer meslek yıllarına ait yüzdesel dağılımlar (1-5 meslek yılı; %13, 11-15 ve16-20 meslek yılı; %15, 21-25 ve 26-30 meslek yılı; %14) birbirine çok yakındır. Araştırmaya katılan hekimlerin meslekteki sürelerine göre en düşük yüzdeyle yer aldıkları meslek yılı ise, 31-35 (%4)'dir. Ek Tablo 3.'de araştırmaya katılan hekimlerin meslekteki sürelerine göre cinsiyet dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 4.6. Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		Frekans	*Yüzde*	*Geçerli Yüzde*	*Kümülatif Yüzde*
YAŞ GRUPLARI	26-30 Yaş	24	7,6	7,6	7,6
	31-35 Yaş	57	18,0	18,0	25,6
	36-40 Yaş	78	24,7	24,7	50,3
	41-45 Yaş	50	15,8	15,8	66,1
	46-50 Yaş	48	15,2	15,2	81,3
	51-55 Yaş	44	13,9	13,9	95,3
	56-60 Yaş	15	4,7	4,7	100,0
	Toplam	316	100,0	100,0	

Tablo 4.6.'da görüldüğü gibi 36-40 yaşları arasında araştırmaya katılan hekimlerin frekans değerleri, diğer yaş aralığındaki hekimlere oranla daha fazladır. 56-60 yaş aralığındaki hekimlerin araştırmaya dahil edilme oranı sadece %5'dir. 31-35 yaş grubundaki hekimler ise %18 oranında araştırmaya dahil edilmişlerdir. Araştırmaya en az dahil olan ikinci sıradaki yaş grubu 26-30 yaş arası hekimlerdir. Bu yaş grubundaki hekimlerin üniversite yada eğitim araştırma hastanelerinde yer aldıkları bilinmektedir. Yüzdesel açıdan eşit dağılan üç yaş grubu bulunmaktadır; 41-45, 46-50 ve 51-55 yaş grubundaki hekimlerin araştırmaya dahil olma oranı ortalama %15 seviyesindedir. Ayrıca araştırmaya katılan hekimlerin yaş gruplarına göre cinsiyet dağılım, ekler kısmında Ek Tablo.4'de yer almaktadır.

Tablo 4.7. Hekimlerin Mezun Oldukları Fakülteye Göre Dağılımı

		Frekans	*Yüzde*	*Geçerli Yüzde*	*Kümülatif Yüzde*
MEZUN OLUNAN FAKÜLTE	Ankara Ünv.Tıp Fakt.	30	9,5	9,5	9,5
	Çukurova Ünv. Tıp Fakt.	9	2,8	2,8	12,3
	Dicle Ünv. Tıp Fakt.	8	2,5	2,5	14,8
	Dokuz Eylül Ünv. Tıp Fakt.	17	5,4	5,4	20,2
	Hacettepe Ünv. Tıp Fakt.	74	23,4	23,4	43,6
	Harran Ünv. Tıp Fakt.	8	2,5	2,5	46,1
	İ.Ü.Cerrahpaşa Ünv. Tıp Fakt.	56	17,7	17,7	63,8
	İ.Ü.Çapa Tıp Fakt.	76	24,1	24,1	88,0
	Marmara Ünv. Tıp Fakt.	38	12,0	12,0	100,0
	Toplam	316	100,0	100,0	

Tablo 4.7.'de yer aldığı gibi, hekimlerin mezun oldukları fakülteye göre dağılımında en yüksek yüzdeye sahip 3 Tıp Fakültesi; İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi (%24), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (%23) ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (%18)'dir. Araştırmaya katılan Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu hekimlerin oranı %12 iken, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi için bu oran %10'dur. . Araştırmaya katılan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu hekimlerin oranı ise, %5'dir. Araştırmaya katılan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu hekimlerin oranı yaklaşık %3'dür. Ek Tablo 5.'de ayrıca araştırmaya katılan hekimlerin mezun oldukları fakülteye göre cinsiyet dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.8. Hekimlerin Çalıştıkları Coğrafi Bölgeye Göre Dağılımı

		Frekans	*Yüzde*	*Geçerli Yüzde*	*Kümülatif Yüzde*
COĞRAFİ BÖLGE	Avrupa Bölg.	111	35,1	35,1	35,1
	Asya Bölg.	205	64,9	64,9	100,0
	Toplam	316	100,0	100,0	

Tablo 4.8.'de hekimlerin çalıştıkları coğrafi bölgeye göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin %65'i İstanbul'un Asya bölgesinde %35'i ise Avrupa bölgesinde görev yapmaktadır. Araştırmaya Asya Bölgesinden 205, Avrupa Bölgesinden ise 111 hekim katılmıştır. Ek Tablo 6.'da araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları coğrafi bölgeye göre cinsiyet dağılımı yer almaktadır.

4.10.ARAŞTIRMANIN SONUÇLARI

4.10.1.Araştırmaya Katılan Hekimlerin İlaç Firmalarının İletişim Kanallarına Dönük CRM Uygulamalarını Kullanma Yoğunluklarıyla İlgili Değerlendirmeleri

Anket Formunda yer alan birinci soruda hekimlerden, ilaç firmalarının iletişim kanallarına dönük CRM uygulamalarını kullanma yoğunluklarını değerlendirmeleri istenmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin, ilaç firmalarının iletişim kanallarına dönük CRM uygulamalarını kullanma yoğunluklarıyla ilgili değerlendirmelerine ilişkin sonuçlar Tablo 4.9 ve Tablo 4.10.'da gösterilmektedir. Tablo 4.3.'de Hekimlerin, ilaç firmalarının iletişim kanallarına dönük CRM uygulamaların kullanma yoğunluklarıyla ilgili hekimlerin değerlendirmelerini gösteren frekans ve yüzde değerleri yer almaktadır. Ayrıca aşağıda yer alan Tablo 4.4.'de ilaç firmalarının farklı iletişim kanallarını kullanma yoğunluğuna ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

Tablo 4.9. İlaç Firmalarının İletişim Kanalına Dönük CRM Uygulamalarını Kullanma Yoğunluğu Oranlarına İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

		En Düşük	Düşük	Orta	Yoğun	En Yoğun	
		1	2	3	4	5	Toplam
Wap	Frekans	236	69	11	0	0	316
	Yüzde	74,4	21,8	3,5	0	0	100
Sms	Frekans	177	92	23	24	0	316
	Yüzde	56,0	29,1	7,3	7,6	0	100
E-Mail	Frekans	28	146	108	34	0	316
	Yüzde	8,9	46,2	34,2	10,8	0	100
Sözel	Frekans	26	0	6	67	217	316
	Yüzde	8,2	0	1,9	21,2	68,7	100
Topl./Kong.	Frekans	15	14	39	48	22	138
	Yüzde	10,8	10,2	28,2	34,8	16,0	100

Tablo 4.10. İlaç Firmalarının İletişim Kanallarına Dönük CRM Uygulamalarını Kullanma Yoğunluğu Dağılımlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Wap	1,2880	0,52492	1,00	3,00
Sms	1,6646	0,90929	1,00	4,00
E-Mail	2,4684	0,80215	1,00	4,00
Sözel	4,4209	1,12831	1,00	5,00
Topl./Kong.	3,3478	1,18785	1,00	5,00

Tablo 4.9.'da yer alan ''Toplantı Kongre'' değişkeni anket formunda yer alan ilk sorudaki "diğer'' seçeneğine verilen cevapların incelenmesi sonucunda cevap sayısının yüksek olması nedeniyle değerlendirmeye alınmıştır. Diğer seçeneğine 138 hekim Toplantı/Kongre yazmıştır. Bu değerlendirmeden de anlaşılacağı gibi hekimler ''Toplantı ve Kongreler''i ilaç firmalarının kullandıkları iletişim kanallarından biri olarak değerlendirmektedirler.

Hekimlerin %74'ü ilaç firmalarının CRM uygulamalarından biri olan Wap iletişim kanalını "En Az" yoğunlukta kullandıkları araç olarak değerlendirmişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerden hiçbiri Wap iletişim kanalını yoğun ya da çok yoğun kullanılan bir iletişim kanalı olarak değerlendirmemişlerdir. Hekimlerin bu değerlendirmesinden yola çıkılarak, ilaç firmalarının bu iletişim kanalını pek fazla kullanmadıkları düşünülebilir. Tablo 4.9'da belirtildiği gibi sadece 11 hekim wap'ın orta sıklıkta kullanılan bir iletişim kanalı olduğunu düşünmektedir.

Araştırmaya dahil edilen hekimlerin %56'sı ilaç firmalarının SMS iletişim kanalını en düşük yoğunlukta kullandıkları araç olarak değerlendirmişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerden hiçbiri Sms iletişim kanalının ilaç firmaları tarafından "En Yoğun" kullanıldığını düşünmemektedir. Tablo 4.9'da yer aldığı gibi sadece 24 hekim SMS'in "Yoğun" sıklıkta kullanılan bir iletişim kanalı olduğunu düşünmektedir. Hekimlerin bu

değerlendirmesinden yola çıkılarak, ilaç firmalarının bu iletişim kanalını yoğun olarak kullanmadıkları düşünülebilir.

Hekimlerin %46'sı ilaç firmalarının CRM uygulamalarından biri olan E-mail iletişim kanalını "Düşük" yoğunlukta kullandıkları araç olarak değerlendirmişlerdir. E-mail iletişim kanalını "Orta" yoğunlukta kullanıldığını düşünen hekimlerin oranı ise, %10 seviyesindedir. Araştırmaya katılan hekimlerden hiçbiri E-mail iletişim kanalını "En Yoğun" kullanılan bir iletişim kanalı olarak değerlendirmemişlerdir. Hekimlerin bu değerlendirmesinden yola çıkılarak, ilaç firmalarının teknolojik alt yapı gerektiren iletişim kanalları içerisinde E-mail iletişim kanalını diğerlerine oranla daha yoğun kullandıkları düşünülebilir.

Araştırmaya dahil edilen hekimlerin %68'i ilaç firmalarının Sözel iletişim kanalını "En Yoğun" kullandıkları araç olarak değerlendirmişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerden hiçbiri Sözel iletişim kanalının ilaç firmaları tarafından "Az" yoğunlukta kullanıldığını düşünmemektedir. Tablo 4.9'da belirtildiği gibi sadece 26 hekim Sözel iletişim kanalının "En Az" yoğunlukta kullanıldığını düşünmektedir. Hekimlerin bu değerlendirmesinden yola çıkılarak, ilaç firmalarının sözel iletişim kanalını yoğun olarak kullandıkları düşünülebilir.

Hekimlerin %34'ü ilaç firmalarının Toplantı ve Kongreleri "Yoğun" kullandıkları bir araç olarak değerlendirmişlerdir. İlaç firmalarının Toplantı ve Kongreleri "Orta" yoğunlukta kullanıldığını düşünen hekimlerin oranı ise, %28 seviyesindedir. Araştırmaya katılan hekimlerin %16'sı Toplantı ve Kongreleri "En Yoğun" kullanılan bir iletişim kanalı olarak değerlendirmemişlerdir. Hekimlerin bu değerlendirmesinden yola çıkılarak, ilaç firmalarının Toplantı ve Kongreleri yoğun kullandığı düşünülebilir.

4.10.2.Hekimlerin Bir İlacı İlk Defa Reçetelemelerinde Etkili Olan İletişim Kanallarına Yönelik CRM Uygulamaları

Anket Formunda yer alan ikinci soruda hekimlerden bir ilacı ilk defa reçetelemelerinde en etkili olduğunu düşündükleri üç iletişim kanalını sıralamaları istenmiştir. Aşağıdaki Tablo 4.5.'de iletişim kanallarına ait frekans ve yüzde değerleri yer almaktadır.

Tablo 4.11. Hekimlerin Bir İlacı İlk Defa Reçetelemelerinde Etkili Olan İletişim Kanallarına Yönelik CRM Uygulamalarının Sıralamasına İlişkin Frekans Ve Yüzde Değerleri

		1.Sıra	2. Sıra	3.Sıra
Wap	Frekans	0	0	25
	Yüzde	0	0	7,9
Sms	Frekans	55	6	108
	Yüzde	17,4	1,9	34,1
E-Mail	Frekans	17	172	116
	Yüzde	5,4	54,4	36,7
Sözel	Frekans	180	69	67
	Yüzde	57,0	21,8	21,2
Topl./Kong.	Frekans	64	69	0
	Yüzde	20,2	21,8	0

Tablo 4.11'de yer aldığı gibi hekimlerin yaklaşık %8'i Wap iletişim kanalını bir ilacı ilk defa reçetelemedeki etkisi açısından üçüncü sırada değerlendirmiştir, birinci ve ikinci sırada değerlendirmeyen hekimlerin oranı %92,1'dir. Hekimlerin bu değerlendirmesinden yola çıkılarak, wap iletişim kanalının hekimlerin bir ilacı ilk defa reçetelemelerinde etkili olmadığı düşünülebilir.

İlaç firmalarının iletişim kanallarına yönelik CRM uygulamalarından biri olan SMS için hekimlerin %34'ü bir ilacı ilk defa reçetelemedeki etkisi açısından üçüncü sırada değerlendirmiştir. SMS iletişim kanalı için bir ilacı ilk defa reçetelemedeki etkisi açısından ilk sırada değerlendiren hekimlerin oranı ise, Tablo 4.11.'de %17 olarak yer

almaktadır. Hekimlerin bu değerlendirmesinden yola çıkılarak, SMS iletişim kanalının hekimlerin bir ilacı ilk defa reçetelemelerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya dahil edilen hekimlerin %54'ü Tablo 4.11'de yer aldığı gibi E-mail iletişim kanalını bir ilacı ilk defa reçetelemedeki etkisi açısından ikinci sırada değerlendirmiştir. E-mail iletişim kanalını bir ilacı ilk defa reçetelemede üçüncü sırada değerlendiren hekimlerin oranı ise, %37'dir. Hekimlerin bu değerlendirmesinden yola çıkılarak, E-mail iletişim kanalının hekimlerin bir ilacı ilk defa reçetelemelerinde oldukça etkili bir araç olduğu düşünülebilir.

Hekimlerin %57'si Sözel iletişim kanalını bir ilacı ilk defa reçetelemedeki etkisi açısından ilk sırada değerlendirmiştir. Sözel iletişim kanalını bir ilacı ilk defa reçetelemede ikinci ve üçüncü sırada değerlendiren hekimlerin oranı ise Tablo 4.11.'de yaklaşık %21 olarak yer almaktadır. Hekimlerin bu değerlendirmeleri doğrultusunda, Sözel iletişim kanalının hekimlerin bir ilacı ilk defa reçetelemelerinde en etkili araç olduğu düşünülebilir.

Hekimlerin yaklaşık %20'si Tablo 4.11'de yer aldığı gibi Toplantı ve Kongreleri bir ilacı ilk defa reçetelemedeki etkisi açısından birinci ve ikinci sırada değerlendirmiştir. Hekimlerin diğer seçeneğinde Toplantı ve Kongre yazarak değerlendirme yapması, Toplantı ve Kongrelerin de en az Sözel iletişim kanalı kadar hekimlerin bir ilacı ilk defa reçetelemelerinde etkili olduğunu düşündürebilir.

4.10.3.Hekimlerin Tercih Ettiği Bir İlacın Reçeteleme Sıklığını Artıran İletişim Kanallarına Yönelik CRM Uygulamaları

Anket formunun üçüncü sorusunda hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarını 5'li Likert ölçeği ile değerlendirmeleri istenmiştir. Tablo 4.12'de hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarına ait frekans ve yüzdeler yer almaktadır. Ayrıca Tablo 4.13'de bu soruya ilişkin aritmetik ortama değerleri yer almaktadır.

Tablo 4.12. Hekimlerin Tercih Ettiği Bir İlacın Reçeteleme Sıklığını Artıran İletişim Kanallarına Ait Frekans ve Yüzde Değerleri

		En Az *1*	*Az* *2*	*Orta* *3*	*Çok* *4*	*En Çok* *5*	*Toplam*
Wap	Frekans	253	27	36	0	0	316
	Yüzde	80,1	8,5	11,4	0	0	100
Sms	Frekans	126	123	62	5	0	316
	Yüzde	39,9	38,9	19,6	1,6	0	100
E-Mail	Frekans	144	88	38	46	0	316
	Yüzde	45,6	27,8	12,0	14,6	0	100
Sözel	Frekans	5	0	0	103	208	316
	Yüzde	1,6	0	0	32,6	65,8	100
Topl./Kong.	Frekans	24	0	16	31	49	120
	Yüzde	20,0	0	13,3	25,9	40,8	100

Tablo 4.13. Hekimlerin Tercih Ettiği Bir İlacın Reçeteleme Sıklığını Artıran İletişim Kanallarına Ait Dağılımlara İlişkin Aritmetik Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri

	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Wap	1,3133	0,6666	1,00	3,00
Sms	1,8291	0,7943	1,00	4,00
E-Mail	1,9557	1,0770	1,00	4,00
Sözel	4,6108	0,6549	1,00	5,00
Topl./Kong.	3,6750	1,5016	1,00	5,00

Tablo 4.12'de yer aldığı gibi hekimlerin yaklaşık %80'i Wap iletişim kanalını tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını "En Az" artıran araç olarak değerlendirmişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerden hiçbiri Wap iletişim kanalını tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını "Çok" ya da "En Çok" artıran iletişim kanalı olarak değerlendirmemişlerdir. Hekimlerin bu değerlendirmesinden yola çıkılarak, ilaç

firmalarının bu iletişim kanalını kullanarak hekimlerin tercih ettikleri bir ilacı reçeteleme sıklığını artırmalarının mümkün olamayacağı düşünülebilir.

Araştırmaya dahil edilen hekimlerin yaklaşık %40'ı ilaç firmalarının SMS iletişim kanalını, tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını "En Az"ve "Az" artıran bir araç olarak değerlendirmişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerden hiçbiri Sms iletişim kanalını tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını "En Çok" artıran iletişim kanalı olarak değerlendirmemiştir. Hekimlerin bu değerlendirmesinden yola çıkılarak, ilaç firmalarının SMS iletişim kanalını kullanarak hekimlerin tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını artırmalarının mümkün olamayacağı düşünülebilir.

Hekimlerin %46'sı ilaç firmalarının CRM uygulamalarından biri olan E-mail iletişim kanalını tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını "En Az" artıran araç olarak değerlendirmişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerden hiçbiri E-mail iletişim kanalını tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını "En Çok" artıran iletişim kanalı olarak değerlendirmemiştir. Sadece hekimlerden %15'i tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını E-mail iletişim kanalının "Çok" artırdığını düşünmektedir. Hekimlerin belirtilen değerlendirmelerinden yola çıkarak, ilaç firmalarının E-mail iletişim kanalını kullanarak hekimlerin tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını artırmalarının diğer teknolojik alt yapı gerektiren araçlara oranla daha uygun olabileceği öngörülebilir.

Araştırmaya dahil edilen hekimlerin %66'sı Sözel iletişim kanalının tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını "En Çok" artıran araç olarak değerlendirmişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerden hiçbiri Sözel iletişim kanalını tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını "Az" ve "Orta" derecede artıran iletişim kanalı olarak değerlendirmemiştir. Sadece hekimlerin %1,6'sı Tablo 4.12'de yer aldığı gibi sözel iletişim kanalını belirtilen faktör açısından "En Az" olarak değerlendirmiştir. Hekimlerin belirtilen değerlendirmelerinden yola çıkarak, ilaç firmalarının Sözel iletişim kanalını kullanarak hekimlerin tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını artırmalarının mümkün olabileceği düşünülebilir.

Hekimlerin %41'i Kongre ve Toplantıları tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını "En Çok" artıran araç olarak değerlendirmişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerden hiçbiri Kongre ve Toplantıları tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını "Az" artıran bir araç olarak değerlendirmemiştir. Hekimlerin belirtilen değerlendirmelerinden yola çıkarak, ilaç firmalarının Kongre ve Toplantıları kullanarak hekimlerin tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını artırmalarının mümkün olabileceği düşünülebilir.

4.10.4. Bir İlaçla İlgili İletilen Mesajın Etki Derecesini Artıran Özellikler

Anket formunun dördüncü sorusunda hekimlerin bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini artırdığını düşündükleri özellikleri 5'li Likert ölçeği ile değerlendirmeleri istenmiştir. Tablo 4.14'de hekimlerin bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini artırdıran özelliklere ait frekans ve yüzdeler yer almaktadır. Ayrıca Tablo 4.15'de bu soruya ilişkin aritmetik ortama değerler yer almaktadır.

Tablo 4.14. Bir İlaçla İlgili İletilen Mesajın Etki Derecesini Artıran Özelliklere Ait Frekans Ve Yüzde Değerleri

		En Az	Az	Orta	Çok	En Çok	
		1	2	3	4	5	Toplam
Mesajın İletilme	Frekans	49	73	0	76	118	316
Sıklığı	Yüzde	15,5	23,1	0	24,1	37,3	100
Mesajın Zamanlaması	Frekans	9	38	204	26	39	316
	Yüzde	2,8	12,0	64,6	8,2	12,3	100
Mesajın İçeriği	Frekans	12	32	59	90	123	316
	Yüzde	3,8	10,1	18,7	28,5	38,9	100
Mesajın Kişiye Özel	Frekans	106	145	16	40	9	316
Olması	Yüzde	33,5	45,9	5,1	12,7	2,8	100

Tablo 4.15. Bir İlaçla İlgili İletilen Mesajın Etki Derecesini Artıran Özelliklere Ait Aritmetik Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri

	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Mesajın İletilme Sıklığı	3,4462	1,5472	1,00	5,00
Mesajın Zamanlaması	3,1519	0,8885	1,00	5,00
Mesajın İçeriği	3,8861	1,1462	1,00	5,00
Mesajın Kişiye Özel Olması	2,0538	1,0721	1,00	5,00

Tablo 4.14'de yer aldığı gibi hekimlerin yaklaşık %37'si bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini "En Çok" artıran özelliği, "Mesajın İletilme Sıklığı" olarak değerlendirmişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerden hiçbiri "Mesajın İletilme Sıklığı" için "Orta" derecede etkili olduğu yönünde değerlendirme yapmamıştır. "Mesajın İletilme Sıklığı" için, "Az" ve "Çok" olarak değerlendirme yapan hekimlerin oranı yaklaşık olarak %24 civarındadır. Hekimlerin bu değerlendirmesinden yola çıkılarak, bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesinin, "Mesajın İletilme Sıklığı"na bağlı olarak "En Çok" arttığı düşünülebilir.

Araştırmaya dahil edilen hekimlerin yaklaşık %65'i bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini "Orta" derecede artıran özelliği, "Mesajın Zamanlaması" olarak değerlendirmişlerdir. Tablo 4.14'de yer aldığı gibi "Mesajın Zamanlaması" için, "Az" ve "En Çok" olarak değerlendirme yapan hekimlerin oranı yaklaşık olarak %12 civarındadır. Hekimlerin bu değerlendirmesinden yola çıkılarak, bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesinin, "Mesajın Zamanlaması"na bağlı olarak "Orta" düzeyde arttığı düşünülebilir.

Hekimlerin %39'u Tablo 4.14'de yer aldığı gibi bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini "En Çok" artıran özelliği, "Mesajın İçeriği" olarak değerlendirmişlerdir. "Mesajın İçeriği" için, "Az" olarak değerlendirme yapan hekimlerin oranı yaklaşık olarak %10 civarındadır. Hekimlerin değerlendirmelerinden yola çıkılarak, bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesinin, "Mesajın İçeriği"ne bağlı olarak "En Çok" arttığı düşünülebilir.

Araştırmaya dahil edilen hekimlerin %46'sı bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini "Az" düzeyde artıran özelliği, "Mesajın Kişiye Özel Olması" olarak değerlendirmişlerdir. "Mesajın Kişiye Özel Olması"nı mesajın etki derecesini artırması bakımından "En Az" olarak değerlendirme yapan hekimlerin oranı ise %34 civarındadır. Hekimlerin yaptıkları değerlendirmeler doğrultusunda bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesinin, "Mesajın Kişiye Özel Olması"na bağlı olarak "Az" düzeyde arttığı düşünülebilir.

4.11.ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

4.11.1.Araştırmada Yer Alan Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri

Araştırmanın bu bölümünde "iletişim kanalına göre hekimin bir ilacı ilk defa tercih etme ve tercih sıklığı" ve "mesajın özelliklerine göre hekimin bir ilacı ilk defa tercih etme ve tercih sıklığı"na yönelik hazırlanmış ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Güvenilirlik analizinde alfa katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme kriteri ise aşağıda belirtilmiştir.[162]

00,0 _ 0,40 ise ölçek güvenilir degildir.
0,40 _ 0,60 ise ölçek düşük güvenilirliktedir.
0,60 _ 0,80 ise ölçek güvenilirdir.
0,80 _ 1,00 ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirliğine ilişkin Alfa Katsayıları "iletişim kanalına göre hekimin bir ilacı ilk defa tercih etme ve tercih sıklığı" ve "mesajın özelliklerine göre hekimin bir ilacı ilk defa tercih etme ve tercih sıklığı" olmak üzere iki ayrı yargı grubu için ayrı ayrı hesaplanmış, sonuçlar Tablo 4.15. ve Tablo 4.18.'de gösterilmiştir.

4.11.1.1.Araştırmanın İletişim Kanallarına Yönelik Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Araştırmaya katılan hekimlerin iletişim kanallarına göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığı 14 değişkenden oluşan çok değişkenli bir ölçek aracılığı ile

[162] Kazım Özdamar, **Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analizi**-1, Kaan Kitabevi, 2. Baskı, Eskisehir, 1999, s.522.

ölçülmüştür. Bu ölçeğe ilişkin yürütülen güvenilirlik analizi doğrultusunda 14 değişkenin hesaplanan aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri tablo 4.16.'da, ölçeğin alfa katsayısı tablo 4.17.'de ve güvenilirlik analizi sonuçları da tablo 4.18.'de verilmiştir.

Tablo 4.16. Hekimlerin İletişim Kanallarına Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına Yönelik Görüşlerine İlişkin Ölçeğin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.	316	3,8703	,99152
Bilimsel toplantı ve kongreler bir ilacın ilk defa tercih edilmesinde etkilidir.	316	3,8987	1,09944
Bir ilacı tercih etmeden önce mutlaka internet üzerinden bilimsel yayınlara ulaşılmalıdır.	316	2,6709	1,32590
Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır.	316	3,7025	1,21111
Tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran en önemli faktör satış temsilcisinin davranış tarzıdır.	316	4,3892	,67876
Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkiler.	316	4,0127	1,03272
Tanıtım Temsilcisinin bilgi ve eğitim düzeyi tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artırır.	316	4,0633	,88503
Hekimin ilaç tercihinde, Bilimsel toplantı ve kogrelerin etkisi son derece fazladır.	316	4,4367	,72097
Hekimin ilaç tercihinde, WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir.	316	2,6614	1,18559
Hekimin katıldığı toplantı ve kongrenin bilimsel etkinliği, katılım sponsorluğuna oranla ilaç tercihinde daha fazla etkilidir.	316	3,9557	1,08581
Bilimsel toplantı ve kongre sponsorluğu hekimin ilaç tercihinde etkilidir.	316	2,3196	1,23278
WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir.	316	2,6646	1,15805
Bilimsel toplantı ve kongreler diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde daha etkilidir.	316	4,1551	,97167
Tanıtım Temsilcisinin ilettiği sözel mesajlar, diğer tanıtım faaliyetlerine oranla hekimin ilaç tercihinde daha etkilidir.	316	3,2816	1,30923

Tablo 4.17. Hekimlerin İletişim Kanallarına Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Ölçeğin Alfa Katsayısı

Alfa Katsayısı	Değişken Sayısı
,857	14

Tablo 4.18. Hekimlerin İletişim Kanallarına Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına Yönelik Ölçeğin Güvenilirlik Analizine İlişkin İstatistik Değerler

	Değişken Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Değişken Silindiğinde Ölçeğin Varyansı	Düzeltilmiş Değişken – Ölçek Korelasyonu	Değişken Silindiğinde Alfa Katsayısı
Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.	75,26	94,724	,240	,860
Bilimsel toplantı ve kongreler bir ilacın ilk defa tercih edilmesinde etkilidir.	74,45	90,841	,566	,849
Bir ilacı tercih etmeden önce mutlaka internet üzerinden bilimsel yayınlara ulaşılmalıdır.	72,63	90,884	,411	,851
Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır.	73,82	91,774	,677	,855
Tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran en önemli faktör satış temsilcisinin davranış tarzıdır.	74,57	93,881	,465	,858
Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkiler.	75,64	90,532	,353	,865
Tanıtım Temsilcisinin bilgi ve eğitim düzeyi tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artırır.	75,32	101,322	,665	,857
Hekimin ilaç tercihinde, Bilimsel toplantı ve kogrelerin etkisi son derece fazladır.	74,85	90,833	,402	,841
Hekimin ilaç tercihinde, WAP,SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir.	73,78	91,118	,494	,865
Hekimin katıldığı topl./kong.'nin bilimsel etkinliği, sponsorluğa oranla ilaç tercihinde etkilidir.	75,67	89,544	,341	,847
Bilimsel toplantı ve kongre sponsorluğu hekimin ilaç tercihinde etkilidir.	71,08	92,324	,213	,861
WAP,SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir.	74,21	91,645	,617	,853
Bilimsel toplantı ve kongreler diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde daha etkilidir.	73,89	87,527	,329	,874
Tanıtım Temsilcisinin ilettiği sözel mesajlar, diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde daha etkilidir.	74,01	92,456	,453	,864

Tablo 4.17'de ölçeğin alfa katsayısının 0,857 olduğu görülmektedir. Bu oran güvenilirlik analizinde alt sınır olarak kabul edilen 0,70 oranından yüksek olduğundan, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğundan söz edilebilir.

Analiz sonucu inceliğinde Tablo 4.18'de yer alan değişkenlerden biri çıkarıldığında alfa katsayısı aralığını değiştirebilecek bir değişken bulunmamaktadır. Dolayısı ile araştırmada kullanılan ölçeğin her durumda yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

4.11.1.2.Araştırmanın Mesajın Özelliklerine Yönelik Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Araştırmaya katılan hekimlerin mesajın özelliklerine göre, ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığı 5 değişkenden oluşan çok değişkenli bir ölçek aracılığı ile ölçülmüştür. Bu ölçeğe ilişkin yürütülen güvenilirlik analizi doğrultusunda beş değişkenin hesaplanan aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri tablo 4.19.'da, ölçeğin alfa katsayısı tablo 4.20.'de ve güvenilirlik analizi sonuçları da tablo 4.21.'de yer almaktadır.

Tablo 4.19. Hekimlerin Mesajın Özelliklerine Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına Yönelik Görüşlerine İlişkin Ölçeğin Aritmetik Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri

	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Hekime iletilen mesajın kişiye özel olması, reçeteleme sıklığı üzerinde etkilidir.	316	3,6203	1,16077
İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığı artar.	316	4,4525	,61279
Hekime mesajın doğru zamanda iletilmesi, ilacın ilk defa tercih edilmesini etkiler.	316	4,0222	,88881
İletilen mesajın kişiye özel olması, reçeteleme sıklığını artırır.	316	3,6456	1,18496
İletilen mesajın içeriği , reçeteleme sıklığını etkiler.	316	4,4652	,66337

Tablo 4.20. Değişkenler İçin Ölçümlenen Alfa Katsayısı

Alfa Katsayısı	Değişken Sayısı
,811	5

Tablo 4.20'de ölçeğin alfa katsayısının 0,811 olduğu görülmektedir. Bu oran %70'in oldukça üzerinde olduğundan ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğundan söz edilebilir. Tablo 4.21'de ise, "mesajın özelliklerine göre hekimin bir ilacı ilk defa tercih etme ve tercih sıklığı"na yönelik hazırlanmış beş değişkenden oluşan ölçeğin güvenilirlik analizi değerleri yer almaktadır. Analiz sonucu inceliğinde, Tablo 4.21'de yer alan değişkenlerden biri çıkarıldığında alfa katsayısı aralığını değiştirebilecek bir değişken bulunmamaktadır. Dolayısı ile araştırmada kullanılan ölçeğin her durumda yüksek derecede güvenilir olduğundan söz edilebilir.

Tablo 4.21. Hekimlerin Mesajın Özelliklerine Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına Yönelik Ölçeğin Güvenilirlik Analizine İlişkin İstatistik Değerler

	Değişken Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Değişken Silindiğinde Ölçeğin Varyansı	Düzeltilmiş Değişken – Ölçek Korelasyonu	Değişken Silindiğinde Alfa Katsayısı
Hekime iletilen mesajın kişiye özel olması, reçeteleme sıklığı üzerinde etkilidir.	73,21	93,621	,270	,817
İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığı artar.	75,44	91,361	,321	,809
Hekime mesajın doğru zamanda iletilmesi, ilacın ilk defa tercih edilmesini etkiler.	72,05	94,302	,443	,801
İletilen mesajın kişiye özel olması, reçeteleme sıklığını artırır.	71,49	89,411	,359	,821
İletilen mesajın içeriği , reçeteleme sıklığını etkiler.	72,87	85,023	,463	,814

Araştırmanın bundan sonraki bölümünde, demografik faktörlerle ürünü tercih etme davranışı arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Yapılan analizlerde yargılar "iletişim kanalına göre hekimin bir ilacı ilk defa tercih etme ve tercih sıklığı" ve "mesajın özelliklerine göre hekimin bir ilacı ilk defa tercih etme ve tercih sıklığı" olmak üzere iki ana grupta değerlendirilmiştir. Ayrıca hekimin ürünü tercih etmeye yönelik görüşlerine ait ortalamalarla genel eğilim ortalaması arasında fark olup olmadığı incelenmiş, demografik özelliklere göre farkına bakılmıştır.

4.11.2.Hekimlerin Tercih Ettiği Bir İlacın Reçeteleme Sıklığını Artıran İletişim Kanallarına İlişkin Ortalamalarının Genel Eğilim Ortalamasından Farkı

Araştırmanın bu bölümünde hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarına ilişkin ortalamalarının genel eğilim ortalamasından farklı olup olmadığı araştırılmıştır. bu doğrultuda daha önce geliştirilen araştırmanın 1. hipotezi şu şekildedir;

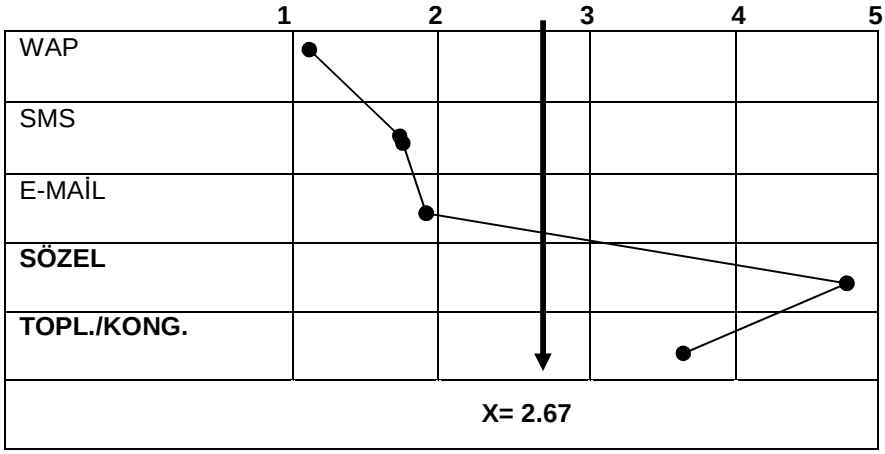
Hı: Hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarına ilişkin ortalalamaları, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklıdır.

Hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarına ilişkin ortalamalarının genel eğilim ortalamasından yani 2,67'den α=0,05 anlamlılık seviyesinde istatistiki bakımdan farklı olup olmadığını test etmek için t-testi yapılmıştır. α=0,05 anlamlılık seviyesinde beş iletişim kanalına ait ortalamalar, genel ortalamadan istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre; **"**Hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarına ilişkin ortalamaları, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan farklıdır." Hipotezi (Araştırmanın 1.Hipotezi) α=0,05 anlamlılık seviyesinde beş iletişim kanalı için kabul edilmiştir.

Tablo 4.22. Hekimlerin Tercih Ettiği Bir İlacın Reçeteleme Sıklığını Artıran İletişim Kanallarına İlişkin Ortalamalarının Genel Eğilim Ortalamasından Farkının Analizi

	Test Edilen Değer=2,67					
	N	**Aritmetik Ortalama**	**Standart Sapma**	**t**	**df**	**Anlamlılık Düzeyi**
wap	316	1,3133	,66663	-36,178	315	,000
sms	316	1,8291	,79437	-18,817	315	,000
e-mail	316	1,9557	1,07700	-11,790	315	,000
sözel	316	4,6108	,65495	52,675	315	,000
topl./kong	120	3,6750	1,50161	7,332	119	,000

Şekil 4.2. Hekimlerin Tercih Ettiği Bir İlacın Reçeteleme Sıklığını Artıran İletişim Kanallarına Yönelik CRM Uygulamaları Ortalaması



Şekil 4.2.'de Hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarına ilişkin ortalamalarının, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan farkının profili yer almaktadır. Şekil 4.2.'de koyu tonda belirtilen değişkenler genel eğilimin ortalamasının üzerinde olan değişkenleri, açık tonda belirtilenler ise genel eğilim ortalamasının altında yer alan değişkenleri göstermektedir.

Şekil 4.2.'de yer aldığı gibi hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarına yönelik CRM uygulamaları Ortalamaları 2,67'dir. Bu ortalamanın altında yer alan iletişim kanalları Wap, Sms ve E-mail iletişim kanallarıdır. Bu ortalamanın üstünde yer alan iletişim kanalları ise sözel iletişim kanalı ile toplantı ve kongrelerdir.

4.11.3. Bir İlaçla İlgili İletilen Mesajın Etki Derecesini Artıran Özelliklere İlişkin Ortalamaların Genel Eğilim Ortalamasından Farkı.

Araştırmanın bu bölümünde bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini artıran özelliklere ilişkin ortalamaların genel eğilim ortalamasından farklı olup olmadığı araştırılmıştır. Bu doğrultuda daha önce geliştirilen araştırmanın 2. hipotezi şu şekildedir;

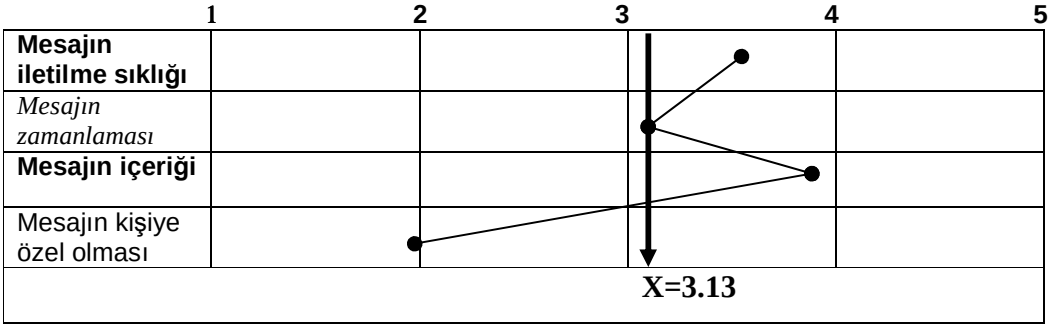
Hı: Bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini artıran özelliklere ilişkin ortalamalar, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklıdır.

Hekimlerin bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini artıran özelliklere ilişkin ortalamalarının genel eğilim ortalamasından yani 3,13'den α=0,05 anlamlılık seviyesinde istatistiki bakımdan farklı olup olmadığını test etmek için t-testi yapılmıştır. α=0,05 anlamlılık seviyesinde 3 mesaj özelliğine ait ortalamalar, genel ortalamadan istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı bulunmuştur.Elde edilen sonuçlara göre; **"**Bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini artıran özelliklere ilişkin ortalamalar, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan farklıdır." Hipotezi (Araştırmanın ikinci Hipotezi) α=0,05 anlamlılık seviyesinde "Mesajın iletilme sıklığı","Mesajın içeriği" ve "Mesajın kişiye özel olması" şeklinde sıralanan mesaj özellikleri için kabul edilmiştir. "Mesajın zamanlaması"na ilişkin ortalama ile genel eğilim ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.23. Bir İlaçla İlgili İletilen Mesajın Etki Derecesini Artıran Özelliklere İlişkin Ortalamaların Genel Eğilim Ortalamasından Farkının Analizi

	Test Edilen Değer=3,13					
	N	**Aritmetik Ortalama**	**Standart Sapma**	**t**	**df**	**Anlamlılık Düzeyi**
Mesajın İletilme Sıklığı	316	3,4462	1,54723	3,633	315	,000
Mesajın Zamanlaması	316	3,1519	,88857	,438	315	,662
Mesajın İçeriği	316	3,8861	1,14628	11,725	315	,000
Mesajın Kişiye Özel Olması	316	2,0538	1,07214	-17,844	315	,000

Şekil 4.3. İletilen Mesajın Etki Derecesini Artıran Özelliklerin Ortalaması



Şekil 4.3.'de hekimlerin iletilen mesajın etki derecesini artıran özelliklere ilişkin ortalamalarının, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan farkının profili yer almaktadır. Şekil 4.3.'de koyu tonda belirtilen değişkenler genel eğilim ortalamasının üzerinde olanları, açık tonda belirtilen değişken genel eğilim ortalamasının altında yer alan mesaj özelliğini, italik olarak belirtilen değişken ise genel eğilim ortalamasından anlamlı derecede farklı olmayan mesaj özelliğini göstermektedir. Şekil 4.3.'de yer alan mesajın etki derecesini artıran özelliklerin ortalaması 3,13'dür. Bu değerin altında yer alan sadece "mesajın kişiye özel olması" değişkenidir. Mesajın iletilme sıklığı, zamanlaması ve içeriği ortalamanın üzerinde yer almaktadır.

4.11.4.Hekimlerin Demografik Özellikleri İle İletişim Kanallarına Ve İletilen Mesajın Özelliklerine Bağlı Olarak Bir İlacı İlk Defa Tercih Etme Ve Tercih Etme Sıklığı Arasındaki İlişki

Araştırmanın bu bölümünde hekimlerin demografik özellikleri ile iletişim kanallarına ve iletilen mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa tercih etme ve tercih etme sıklığı arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Bu doğrultuda daha önce geliştirilen araştırmanın 3. ve 4. hipotezleri şu şekildedir;

Hı: Hekimlerin demografik özellikleri ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Hı: Hekimlerin demografik özellikleri ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Yukarıda belirlenen hipotezleri test etmek amacıyla alt hipotezler geliştirilerek Korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon katsayısı değeri "r" ile ifade edilir ve – 1 ile + 1 arasında bir değer alır. Burada ilişkinin yönünü "r"nin işareti, derecesini ise katsayının büyüklüğü belirler. Eksi değerler bir değişken artarken diğerinin azaldığının, artı değerler ise her iki değişkenin aldığı değerlerin birlikte artış ve azalış gösterdiğinin göstergesidir. [163]

Araştırmanın üçüncü hipotezi olan "**Hı:** Hekimlerin demografik özellikleri ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır." temel hipotezini test etmek amacıyla daha önce aşağıda yer alan alt hipotez geliştirilmiştir;

[163] Eymen,U.Erman, SPSS 15.00 ''Veri Analiz Yöntemleri''(Çevrimiçi) www.istatistikmerkezi.com ocak 2010,s.92

Hı: Hekimlerin meslekteki süresi ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Tablo 4.24. Hekimlerin Meslekteki süresi İle İletişim Kanalına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 1. ifade)

		Meslek Yılı
Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.	Pearson Korelasyon Katsayısı	-,134*
	Anlamlılık Düzeyi	,017

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.25. Hekimlerin Meslekteki süresi İle İletişim Kanalına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 12. ifade)

		Meslek Yılı
Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkiler.	Pearson Korelasyon Katsayısı	-,073*
	Anlamlılık Düzeyi	,019

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.24. ve tablo 4.25.'de yer alan korelasyon analizi sonuçlarına göre "Hekimlerin meslekteki süresi ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır" Hı hipotezi "Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler." ve "Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkiler." yargıları için kabul edilmiştir. Sonuç olarak, hekimlerin bir ilacı ilk defa tercih ederken klinik çalışmaları değerlendirmeleri ile meslekteki süre arasında α=0,05 düzeyinde anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu düşünülebilir.

Araştırmanın üçüncü hipotezi olan "**Hı:** Hekimlerin demografik özellikleri ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır." temel hipotezini test etmek amacıyla daha önce aşağıda yer alan alt hipotez geliştirilmiştir;

> **Hı:** Hekimlerin yaşı ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Tablo 4.26. Hekimlerin Yaşı İle İletişim Kanalına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 1. ifade)

		Yaş
Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.	Pearson Korelasyon Katsayısı	-,106*
	Anlamlılık Düzeyi	,029

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.27. Hekimlerin Yaşı İle İletişim Kanalına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 12. ifade)

		Yaş
Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkiler.	Pearson Korelasyon Katsayısı	-,082*
	Anlamlılık Düzeyi	,041

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.26. ve tablo 4.27.'de yer alan korelasyon analizi sonuçlarına göre "Hekimlerin yaşı ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır."

Hı hipotezi “Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.” ve “Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkiler.” yargıları için kabul edilmiştir. Sonuç olarak, hekimlerin bir ilacı ilk defa tercih ederken klinik çalışmaları değerlendirmeleri ile yaş grupları arasında α=0,05 düzeyinde anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu düşünülebilir.

Araştırmanın üçüncü hipotezi olan “**Hı:** Hekimlerin demografik özellikleri ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.” temel hipotezini test etmek amacıyla daha önce aşağıda yer alan alt hipotez geliştirilmiştir;

> **Hı:** Hekimlerin cinsiyeti ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Tablo 4.28. Hekimlerin Cinsiyeti İle İletişim Kanalına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 6. ifade)

		Cinsiyet
Hekimin ilaç tercihinde, WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir.	Pearson Korelasyon Katsayısı	-,103*
	Anlamlılık Düzeyi	,045

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.29. Hekimlerin Cinsiyeti İle İletişim Kanalına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 11. ifade)

		Cinsiyet
WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir.	Kendall's tau_b Korelasyon Katsayısı	-,128*
	Anlamlılık Düzeyi	,013

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.28. ve Tablo 4.29.'da yer alan korelasyon analizi sonuçlarına göre "Hekimlerin cinsiyeti ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır." Hı hipotezi "Hekimin ilaç tercihinde, WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir." ve "WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir." yargıları için kabul edilmiştir. Sonuç olarak teknolojik alt yapılı iletişim kanallarına ait iki yargı için de α=0,05 anlamlılık düzeyinde Hı hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırmanın üçüncü hipotezi olan "**Hı**: Hekimlerin demografik özellikleri ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır." Hipotezine yönelik olarak geliştirilen aşağıda belirtilen diğer alt hipotezler için de korelasyon analizi yapılmış ancak istatistiki bakımdan anlamlı sonuçlar elde edilemediğinden analiz sonuçlarını gösteren tablolara burada yer verilmemiştir.

Hı: Hekimlerin çalıştığı kurum ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Hı: Hekimlerin uzmanlığı ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Hı: Hekimlerin mezun olduğu fakülte ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Hı: Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölge ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Araştırmanın dördüncü hipotezi olan "**Hı:** Hekimlerin demografik özellikleri ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır." temel hipotezini test etmek amacıyla daha önce aşağıda yer alan alt hipotez geliştirilmiştir;

Hı: Hekimlerin çalıştığı kurum ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Tablo 4.30. Hekimlerin Çalıştığı Kurum İle Mesajın Özelliklerine Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 17. ifade)

		EAH/Diğer Hast.
Hekime mesajın doğru zamanda iletilmesi, ilacın ilk defa tercih edilmesini etkiler.	Kendall's tau_b	,107*
	Korelasyon Katsayısı	
	Anlamlılık Düzeyi	,042

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.30.'da yer alan korelasyon analizi sonuçlarına göre "Hekimlerin çalıştığı kurum ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır." Hı hipotezi "Hekime mesajın doğru zamanda iletilmesi, ilacın ilk defa tercih edilmesini

etkiler." yargısı için kabul edilmiştir. Sonuç olarak, hekimlere mesajın doğru zamanda iletilmesinin ilacın ilk defa tercihinde etkili olması ile hekimlerin Eğitim Araştırma Hastanesinde(Eğitim Araştırma Hastanesi=EAH) ya da diğer hastanelerde çalışması arasında α=0,05 düzeyinde anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu düşünülebilir.

Araştırmanın dördüncü hipotezi olan "**Hı:** Hekimlerin demografik özellikleri ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır." temel hipotezini test etmek amacıyla daha önce aşağıda yer alan alt hipotez geliştirilmiştir;

> **Hı:** Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölge ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Tablo 4.31. Hekimlerin Çalıştığı Coğrafi Bölge İle Mesajın Özelliklerine Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 18. ifade)

		Avrupa/Asya Bölg.
İletilen mesajın içeriği, reçeteleme sıklığını etkiler.	Kendall's tau_b Korelasyon Katsayısı	-,121*
	Anlamlılık Düzeyi	,027

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.32. Hekimlerin Çalıştığı Coğrafi Bölge İle Mesajın Özelliklerine Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki (Anket formunda 5. soru 16. ifade)

		Avrupa/Asya Bölg.
İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığı artar.	Kendall's tau_b Korelasyon Katsayısı	-,118*
	Anlamlılık Düzeyi	,034

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.31. ve tablo 4.32.'de yer alan korelasyon analizi sonuçlarına göre "Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölge ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır." Hı hipotezi "İletilen mesajın içeriği , reçeteleme sıklığını etkiler." ve "İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığı artar." yargıları için kabul edilmiştir. Sonuç olarak, hekimlere iletilen mesaj içeriğine bağlı olarak reçeteleme sıklığının artması ile hekimlerin İstanbul'un Avrupa veya Asya bölgesinde çalışması arasında α=0,05 düzeyinde anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu düşünülebilir.

Araştırmanın dördüncü hipotezi olan olan "**Hı:** Hekimlerin demografik özellikleri ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır." Hipotezine yönelik olarak geliştirilen aşağıda belirtilen diğer alt hipotezler için de korelasyon analizi yapılmış ancak istatistiki bakımdan anlamlı sonuçlar elde edilemediğinden analiz sonuçlarını gösteren tablolara burada yer verilmemiştir.

Hı: Hekimlerin ile meslekteki süresi ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Hı: Hekimlerin uzmanlığı ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Hı: Hekimlerin yaşı ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Hı: Hekimlerin cinsiyetleri ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

Hı: Hekimlerin mezun olduğu fakülte ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı ilişki vardır.

4.11.5. Hekimlerin İletişim Kanallarına Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalarının Genel Ortalamadan Farkı

Araştırmanın bu bölümünde hekimlerin iletişim kanallarına göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalarının genel ortalamadan farklı olup olmadığı test edilmiştir. Bu doğrultuda daha önce geliştirilen araştırmanın 5. hipotezi şu şekildedir;

Hı: Hekimlerin iletişim kanallarına göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklıdır.

Hekimlerden anketin beşinci sorusunda belirlenen 19 yargıyı değerlendirmeleri istenmiştir. Beşinci soruda yer alan 19 yargıdan 14 tanesi hekimlerin iletişim kanallarına göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına yönelik geliştirilmiş yargılardır.

Hekimlerin iletişim kanallarına göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalarının, grup ortalamasından yani 3,57'den α=0,05 anlamlılık seviyesinde istatistiki bakımdan farklı olup olmadığını test etmek için t-testi yapılmıştır. α=0,05 anlamlılık seviyesinde 13 yargıya ait ortalamalar, genel ortalamadan istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre; **"Hı:** Hekimlerin iletişim kanallarına göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklıdır" Hı hipotezi α=0,05 anlamlılık seviyesinde 13 yargı için kabul edilmiştir. "Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır." yargısı ile genel eğilim ortalaması arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık olmadığından, bu yargı için Hı hipotezi kabul edilmemiştir.

Tablo 4.33. Hekimlerin İletişim Kanallarına Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamaları İle Genel Eğilim Arasındaki Farkın Analizi

	Test Edilen Değer=3,5773				
	Aritmetik Ortalama	**Standart Sapma**	**t**	**df**	**Anlamlılık Düzeyi**
Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.	3,8703	,99152	5,252	315	,000
Bilimsel toplantı ve kongreler bir ilacın ilk defa tercih edilmesinde etkilidir.	3,8987	1,09944	5,197	315	,000
Bir ilacı tercih etmeden önce mutlaka internet üzerinden bilimsel yayınlara ulaşılmalıdır.	2,6709	1,32590	-12,152	315	,000
Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır.	3,7025	1,21111	1,838	315	,067
Tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran en önemli faktör satış temsilcisinin davranış tarzıdır.	4,3892	,67876	21,264	315	,000
Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkiler.	4,0127	1,03272	7,494	315	,000
Tanıtım Temsilcisinin bilgi ve eğitim düzeyi tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artırır.	4,0633	,88503	9,761	315	,000
Hekimin ilaç tercihinde, Bilimsel toplantı ve kogrelerin etkisi son derece fazladır.	4,4367	,72097	21,190	315	,000
Hekimin ilaç tercihinde, WAP,SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir.	2,6614	1,18559	-13,733	315	,000
Hekimin katıldığı topl./kong.'nin bilimsel etkinliği, sponsorluğa oranla ilaç tercihinde daha fazla etkilidir.	3,9557	1,08581	6,195	315	,000
Bilimsel toplantı ve kongre sponsorluğu hekimin ilaç tercihinde etkilidir.	2,3196	1,23278	-18,135	315	,000
WAP,SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir.	2,6646	1,15805	-14,011	315	,000
Bilimsel toplantı ve kongreler diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde daha etkilidir.	4,1551	,97167	10,570	315	,000
Tanıtım Temsilcisinin ilettiği sözel mesajlar, diğer tanıtım faaliyetlerine oranla hekimin ilaç tercihinde daha etkilidir.	3,2816	1,30923	-4,014	315	,000

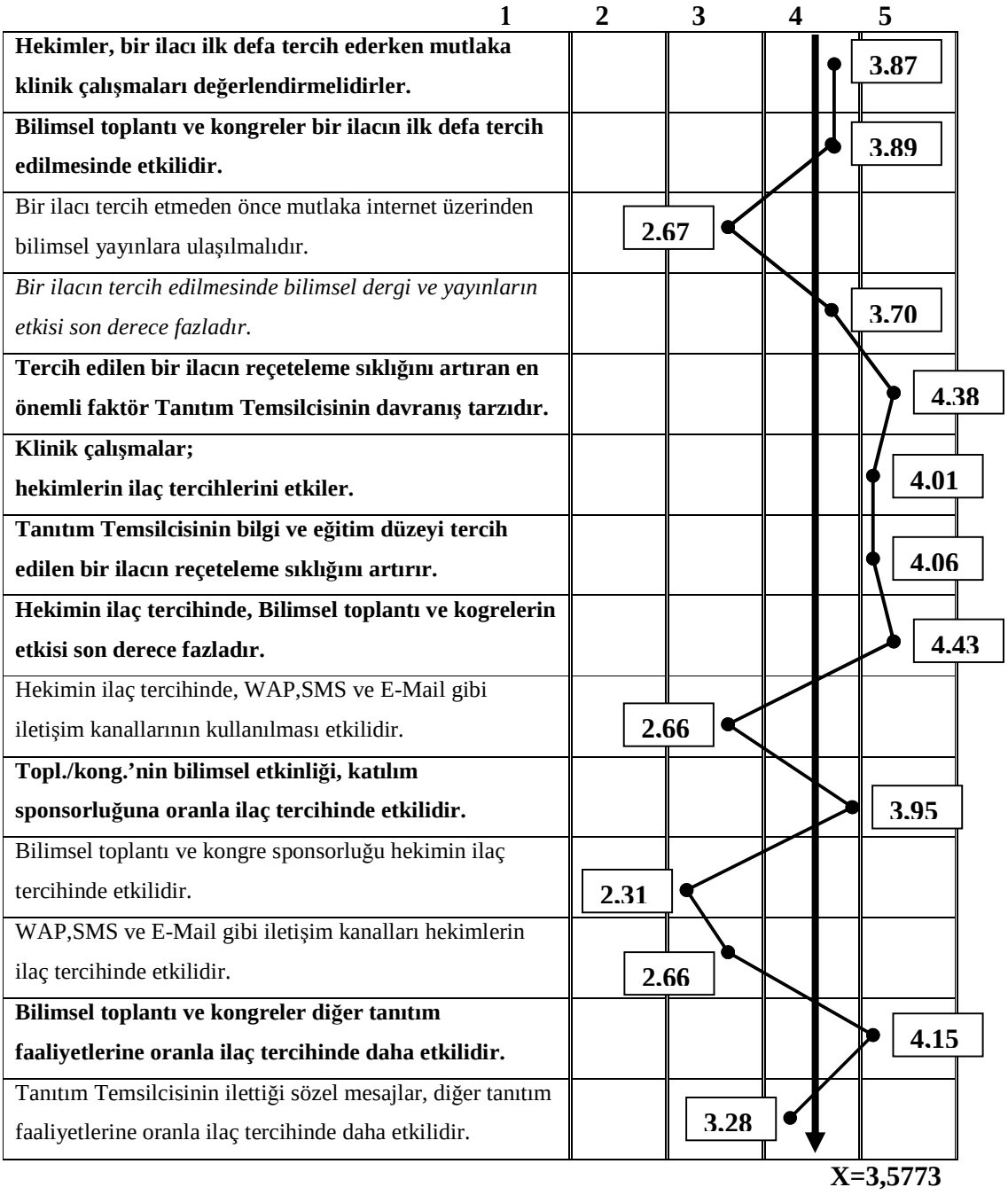
Araştırmaya katılan hekimlerden iletişim kanallarına göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin yargıları değerlendirmeleri istenmiş ve Tablo 4.27'de yer alan aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine ulaşılmıştır. Bu doğrultuda sonuçları şu şekilde özetlemek mümkündür;

- Katılımcılar 3,87'lik ortalama ve 0,99'luk standart sapma ile "Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler" yargısına katılmaktadırlar.
- Katılımcılar 3,89'luk ortalama ve 1,09'luk standart sapma ile "Bilimsel toplantı ve kongreler bir ilacın ilk defa tercih edilmesinde etkilidir." yargısına katılmaktadırlar.
- Katılımcılar 2,67'lik ortalama ve 1,32'lik standart sapma ile "Bir ilacı tercih etmeden önce mutlaka internet üzerinden bilimsel yayınlara ulaşılmalıdır." yargısını ne katılıyorum ne de katılmıyorum şeklinde değerlendirmişlerdir.
- Katılımcılar 3,70'lik ortalama ve 1,21'lik standart sapma ile "Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır." yargısına katılmaktadırlar.
- Katılımcılar 4,38'lik ortalama ve 0,67'lik standart sapma ile "Tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran en önemli faktör satış temsilcisinin davranış tarzıdır." yargısına katılmaktadırlar.
- Katılımcılar 4,01'lik ortalama ve 1,03'lük standart sapma ile "Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkiler." yargısına katılmaktadırlar.
- Katılımcılar 4,06'lık ortalama ve 0,88'lik standart sapma ile "Tanıtım Temsilcisinin bilgi ve eğitim düzeyi tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artırır." yargısına katılmaktadırlar.
- Katılımcılar 4,43'lük ortalama ve 0,72'lik standart sapma ile "Hekimin ilaç tercihinde, Bilimsel toplantı ve kogrelerin etkisi son derece fazladır." yargısına katılmaktadırlar.
- Katılımcılar 2,66'lık ortalama ve 1,18'lik standart sapma ile "Hekimin ilaç tercihinde, WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir." yargısını ne katılıyorum ne de katılmıyorum şeklinde değerlendirmişlerdir.

- Katılımcılar 3,95'lik ortalama ve 1,08'lik standart sapma ile "Hekimin katıldığı toplantı ve kongre'nin bilimsel etkinliği, katılım sponsorluğuna oranla ilaç tercihinde etkilidir." yargısına katılmaktadırlar.
- Katılımcılar 2,31'lik ortalama ve 1,23'lük standart sapma ile "Bilimsel toplantı ve kongre sponsorluğu hekimin ilaç tercihinde etkilidir." yargısına katılmamaktadırlar.
- Katılımcılar 2,66'lık ortalama ve 1,15'lik standart sapma ile "WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir."yargısını ne katılıyorum ne de katılmıyorum şeklinde değerlendirmişlerdir.
- Katılımcılar 4,15'lik ortalama ve 0,97'lik standart sapma ile "Bilimsel toplantı ve kongreler diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde daha etkilidir." yargısına katılmaktadırlar.
- Katılımcılar 3,28'lik ortalama ve 1,30'luk standart sapma ile "Tanıtım Temsilcisinin ilettiği sözel mesajlar, diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde daha etkilidir."yargısını ne katılıyorum ne de katılmıyorum şeklinde değerlendirmişlerdir.

Şekil 4.4.'de hekimlerin iletişim kanallarına göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerinin, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan farkının profili yer almaktadır. Şekil 4.4.'de koyu tonda belirtilen yargılar, genel eğilim ortalamasının üzerinde olanları, açık tonda belirtilenler genel eğilim ortalamasının altında yer alan yargıları, italik olarak belirtilenler ise genel eğilim ortalamasından anlamlı derecede farklı olmayan yargıyı göstermektedir.

Şekil 4.4. Hekimlerin İletişim Kanallarına Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar



Şekil 4.4.'de; 1=Kesinlikle Katılmıyorum**,** 2=Katılmıyorum**,**3=Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum**,** 4=Katılıyorum**,** 5=Kesinlikle Katılıyorum anlamına gelmektedir.

4.11.5.1.Demografik Özelliklere Göre İletişim Kanallarına Yönelik İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına Ait Ortalamaların Farklılık Analizi

Araştırmanın bu bölümünde hekimlerin iletişim kanallarına göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerinin, demografik özelliklere göre istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Bu doğrultuda daha önce geliştirilen araştırmanın 6. hipotezi şu şekildedir;

> **Hı:** Hekimlerin demografik özelliklerine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

Araştırmanın altıncı hipotezi olan "**Hı:** Hekimlerin demografik özelliklerine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır." temel hipotezini test etmek amacıyla daha önce aşağıda yer alan alt hipotez geliştirilmiştir;

> **Hı:** Hekimlerin cinsiyetine göre, iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

Elde edilen sonuçlara göre; **"**Hekimlerin cinsiyetine göre, iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında farklılık vardır." Hı hipotezi "Hekimin ilaç tercihinde, WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir." ve "WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir." yargıları için α=0,05 anlamlılık seviyesinde kabul edilmiştir**.**

Tablo 4.34. Hekimlerin Cinsiyetine Göre İletişim Kanallarına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar Arasındaki Farkın Analizi

	Cinsiyet	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	df	Anlamlılık Düzeyi
Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.	Bayan	114	3,7544	1,05227	-1,564	314	,119
	Erkek	202	3,9356	,95199	-1,521	215,637	,130
Bilimsel toplantı ve kongreler bir ilacın ilk defa tercih edilmesinde etkilidir.	Bayan	114	3,8947	1,25062	-,048	314	,961
	Erkek	202	3,9010	1,00748	-,046	196,140	,964
Bir ilacı tercih etmeden önce mutlaka internet üzerinden bilimsel yayınlara ulaşılmalıdır.	Bayan	114	2,6754	1,34029	,046	314	,964
	Erkek	202	2,6683	1,32105	,046	231,717	,964
Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır.	Bayan	114	3,5789	1,21127	-1,365	314	,173
	Erkek	202	3,7723	1,20844	-1,364	234,081	,174
Tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran en önemli faktör satış temsilcisinin davranış tarzıdır.	Bayan	114	4,3596	,74224	-,582	314	,561
	Erkek	202	4,4059	,64149	-,559	207,608	,577
Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkiler.	Bayan	114	3,8860	1,09511	-1,643	314	,101
	Erkek	202	4,0842	,99143	-1,598	215,761	,112
Tanıtım Temsilcisinin bilgi ve eğitim düzeyi tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artırır.	Bayan	114	4,1316	,84679	1,030	314	,304
	Erkek	202	4,0248	,90569	1,050	247,914	,295
Hekimin ilaç tercihinde, Bilimsel toplantı ve kogrelerin etkisi son derece fazladır.	Bayan	114	4,4035	,81707	-,614	314	,539
	Erkek	202	4,4554	,66204	-,580	197,043	,563
Hekimin ilaç tercihinde, WAP,SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir.	**Bayan**	**114**	**2,8333**	**1,19673**	**1,945**	**314**	**,019**
	Erkek	**202**	**2,5644**	**1,17109**	**1,934**	**230,324**	**,021**
Hekimin katıldığı top./kong.'nin bilimsel etkinliği, katılım sponsorluğuna oranla ilaç tercihinde daha fazla etkilidir.	Bayan	114	3,9386	1,21411	-,210	314	,834
	Erkek	202	3,9653	1,00930	-,200	201,132	,842
Bilimsel toplantı ve kongre sponsorluğu hekimin ilaç tercihinde etkilidir.	Bayan	114	2,2807	1,30695	-,421	314	,674
	Erkek	202	2,3416	1,19166	-,410	217,049	,682
WAP,SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir.	**Bayan**	**114**	**2,8772**	**1,14552**	**2,472**	**314**	**,014**
	Erkek	**202**	**2,5446**	**1,15060**	**2,475**	**235,407**	**,014**
Bilimsel toplantı ve kongreler diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde daha etkilidir.	Bayan	114	4,1140	1,15029	-,563	314	,574
	Erkek	202	4,1782	,85688	-,520	184,677	,604
Tanıtım Temsilcisinin ilettiği sözel mesajlar, diğer tanıtım faaliyetlerine oranla hekimin ilaç tercihinde daha etkilidir.	Bayan	114	3,3333	1,33481	,527	314	,599
	Erkek	202	3,2525	1,29700	,522	228,959	,602

İstatistiki bakımdan anlamlı çıkan t testi sonucuna göre; bayan hekimler '' Hekimin ilaç tercihinde, WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir''ve''WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir''yargılarına erkek hekimlere göre daha fazla katılmaktadırlar.

Tablo 4.28.'de hekimlerin cinsiyetine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasındaki farkın test edildiği t-testi sonuçları yer almaktadır. Tablo 4.34.'de yer aldığı gibi, "hekimin ilaç tercihinde, WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir." yargısı için bayan hekimlere ait aritmetik ortalama değer 2,83 iken, erkek hekimlerdeki aritmetik ortalama değerin 2,56 olduğu görülmektedir. Aynı sorunun farklı bir ifadeyle sorulduğu "WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir." yargısına ait bayan hekimlerin aritmetik ortalama değeri 2,87, erkek hekimlerin aritmetik ortalama değeri ise, 2,54 olarak yer almaktadır. Yapılan t testi analizi sonuçlarına göre; bayan hekimlerle, erkek hekimlerin ortalamaları arasında her iki yargı için anlamlı düzeyde farklılık olduğu düşünülebilir. Diğer yargılar için, hekimlerin cinsiyetine göre istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmanın altıncı hipotezi olan "**Hı:** Hekimlerin demografik özelliklerine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır." temel hipotezini test etmek amacıyla daha önce aşağıda yer alan alt hipotez geliştirilmiştir;

H_1: Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölgeye göre, iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

Tablo 4.35. Hekimlerin Çalıştıkları Coğrafi Bölgeye Göre İletişim Kanallarına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar Arasındaki Farkın Analizi

	Coğr. Bölge	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	df	Anlamlılık Düzeyi
Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.	Avrupa	111	3,9189	,96422	,641	314	,522
	Asya	205	3,8439	1,00734	,650	234,306	,516
Bilimsel toplantı ve kongreler bir ilacın ilk defa tercih edilmesinde etkilidir.	Avrupa	111	4,0090	1,04877	1,314	314	,190
	Asya	205	3,8390	1,12391	1,341	239,418	,181
Bir ilacı tercih etmeden önce mutlaka internet üzerinden bilimsel yayınlara ulaşılmalıdır.	Avrupa	111	2,5225	1,32010	-1,466	314	,144
	Asya	205	2,7512	1,32530	-1,468	226,456	,143
Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır.	Avrupa	111	3,7117	1,20142	,099	314	,921
	Asya	205	3,6976	1,21923	,099	228,561	,921
Tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran en önemli faktör satış temsilcisinin davranış tarzıdır.	Avrupa	111	4,4144	,73198	,485	314	,628
	Asya	205	4,3756	,64958	,468	203,829	,641
Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkiler.	Avrupa	111	4,0721	,97898	,752	314	,453
	Asya	205	3,9805	1,06163	,770	241,819	,442
Tanıtım Temsilcisinin bilgi ve eğitim düzeyi tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artırır.	Avrupa	111	4,1622	,87947	1,464	314	,144
	Asya	205	4,0098	,88556	1,467	227,035	,144
Hekimin ilaç tercihinde, Bilimsel toplantı ve kogrelerin etkisi son derece fazladır.	Avrupa	111	4,4054	,75533	-,567	314	,571
	Asya	205	4,4537	,70297	-,555	212,207	,579
Hekimin ilaç tercihinde, WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir.	Avrupa	111	2,7387	1,19630	,853	314	,394
	Asya	205	2,6195	1,18057	,850	223,140	,396
Hekimin katıldığı top./kong.'nin bilimsel etkinliği, katılım sponsorluğuna oranla ilaç tercihinde daha fazla etkilidir.	Avrupa	111	4,0090	1,04877	,642	314	,522
	Asya	205	3,9268	1,10680	,652	236,330	,515
Bilimsel toplantı ve kongre sponsorluğu hekimin ilaç tercihinde etkilidir.	Avrupa	111	2,3153	1,15193	-,046	314	,964
	Asya	205	2,3220	1,27716	-,047	246,320	,963
WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir.	Avrupa	111	2,7477	1,18681	,939	314	,348
	Asya	205	2,6195	1,14258	,929	218,447	,354
Bilimsel toplantı ve kongreler diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde daha etkilidir.	Avrupa	111	4,2342	,90408	1,066	314	,287
	Asya	205	4,1122	1,00591	1,100	247,040	,272
Tanıtım Temsilcisinin ilettiği sözel mesajlar, diğer tanıtım faaliyetlerine oranla hekimin ilaç tercihinde daha etkilidir.	**Avrupa**	**111**	**3,0991**	**1,40101**	**-1,831**	**314**	**,028**
	Asya	**205**	**3,3805**	**1,24916**	**-1,769**	**204,636**	**,029**

Elde edilen sonuçlara göre; **"**Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölgeye göre, iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır." Hı hipotezi "Tanıtım Temsilcisinin ilettiği sözel mesajlar, diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde etkilidir." yargısı için kabul edilmiştir. Yapılan t testi sonucunda; Asya bölgesinde çalışan hekimler "Tanıtım Temsilcisinin ilettiği sözel mesajlar, diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde etkilidir." yargısına Avrupa bölgesinde çalışan hekimlere göre α=0,05 anlamlılık seviyesinde daha fazla katılmaktadırlar.

Tablo 4.35.'de hekimlerin çalıştıkları coğrafi bölgeye göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalar arasındaki farkın test edildiği t-testi sonuçları yer almaktadır. Tablo 4.35.'de yer aldığı gibi, "Tanıtım Temsilcisinin ilettiği sözel mesajlar, diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde etkilidir." yargısı için Asya bölgesinde çalışan hekimlere ait aritmetik ortalama değer 3,38 iken, Avrupa bölgesinde çalışan hekimlere ait aritmetik ortalama değerin 3,09 olduğu görülmektedir. Yapılan t testi analizi sonuçlarına göre; Asya bölgesinde çalışan hekimlerle, Avrupa bölgesinde çalışan hekimler arasında "Tanıtım Temsilcisinin ilettiği sözel mesajlar, diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde etkilidir." yargısı için anlamlı düzeyde farklılık olduğu düşünülebilir. Diğer yargılar için hekimlerin çalıştıkları coğrafi bölgeye göre istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık tespit edilmemiştir.

Araştırmanın altıncı hipotezi olan "**Hı:** Hekimlerin demografik özelliklerine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır." temel hipotezini test etmek amacıyla daha önce aşağıda yer alan alt hipotez geliştirilmiştir;

> **Hı:** Hekimlerin çalıştığı kuruma göre, iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

Tablo 4.36. Hekimlerin Eğitim Araştırma Hastanesi Yada Diğer Hastanelerde Çalışmasına Göre İletişim Kanallarına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar Arasındaki Farkın Analizi

	EAH / Diğ.Hst	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	df	Anlamlılık Düzeyi
Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.	EAH	168	3,9226	1,00297	1,000	314	,318
	Diğer	148	3,8108	,97835	1,002	310,742	,317
Bilimsel toplantı ve kongreler bir ilacın ilk defa tercih edilmesinde etkilidir.	EAH	168	3,8750	1,08990	-,408	314	,683
	Diğer	148	3,9257	1,11325	-,408	307,236	,684
Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır.	**EAH**	**168**	**3,8036**	**1,21003**	**1,584**	**314**	**,011**
	Diğer	**148**	**3,5878**	**1,20616**	**1,584**	**309,242**	**,011**
Bir ilacı tercih etmeden önce mutlaka internet üzerinden bilimsel yayınlara ulaşılmalıdır.	EAH	168	2,6429	1,33711	-,400	314	,690
	Diğer	148	2,7027	1,31687	-,400	310,109	,689
Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkiler.	EAH	168	4,0833	1,04633	1,298	314	,195
	Diğer	148	3,9324	1,01460	1,300	311,105	,195
Tanıtım Temsilcisinin bilgi ve eğitim düzeyi tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artırır.	EAH	168	4,0298	,89192	-,717	314	,474
	Diğer	148	4,1014	,87862	-,718	310,094	,474
Hekimin ilaç tercihinde, Bilimsel toplantı ve kogrelerin etkisi son derece fazladır.	EAH	168	4,3988	,79021	-,996	314	,320
	Diğer	148	4,4797	,63320	-1,009	311,289	,314
Hekimin ilaç tercihinde, WAP,SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir.	EAH	168	2,6190	1,19284	-,676	314	,500
	Diğer	148	2,7095	1,17949	-,676	309,831	,499
Hekimin katıldığı toplantı ve kongrenin bilimsel etkinliği, katılım sponsorluğuna oranla ilaç tercihinde daha fazla etkilidir.	EAH	168	3,9583	1,06301	,046	314	,963
	Diğer	148	3,9527	1,11474	,046	304,722	,964
Bilimsel toplantı ve kongre sponsorluğu hekimin ilaç tercihinde etkilidir.	EAH	168	2,2798	1,20342	-,612	314	,541
	Diğer	148	2,3649	1,26786	-,610	304,242	,543
WAP,SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir.	EAH	168	2,6310	1,16104	-,549	314	,583
	Diğer	148	2,7027	1,15740	-,549	309,237	,583
Bilimsel toplantı ve kongreler diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde daha etkilidir.	EAH	168	4,1548	,98484	-,006	314	,995
	Diğer	148	4,1554	,95982	-,006	310,796	,995
Tanıtım Temsilcisinin ilettiği sözel mesajlar, diğer tanıtım faaliyetlerine oranla hekimin ilaç tercihinde daha etkilidir.	EAH	168	3,3214	1,31469	,575	314	,566
	Diğer	148	3,2365	1,30599	,575	309,498	,566
Tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran en önemli faktör satış temsilcisinin davranış tarzıdır.	EAH	168	4,3631	,73758	-,729	314	,467
	Diğer	148	4,4189	,60624	-,738	312,538	,461

.

Elde edilen sonuçlara göre; **"**Hekimlerin çalıştığı kuruma göre, iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır." Hı hipotezi "Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır." yargısı için kabul edilmiştir. Tablo 4.36.'da hekimlerin Eğitim Araştırma Hastanesinde ya da diğer hastanelerde çalışmasına göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine ortalamalar arasındaki farkın test edildiği t-testi sonuçları yer almaktadır. Tablo 4.36.'da yer aldığı gibi, "Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır." yargısı için Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan hekimlerin aritmetik ortalama değeri 3,80 iken, Diğer Hastanelerde çalışan hekimlerin aritmetik ortalama değeri, 3,58 olarak yer almaktadır. Yapılan t testi analizi sonuçlarına göre; "Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır." yargısına Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan hekimler, Diğer Hastanelerde çalışan hekimlere göre α=0,05 anlamlılık seviyesinde daha fazla katılmaktadırlar.

Araştırmanın altıncı hipotezi olan "**Hı:** Hekimlerin demografik özelliklerine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır." temel hipotezini test etmek amacıyla daha önce aşağıda yer alan alt hipotez geliştirilmiştir;

> **Hı:** Hekimlerin yaşlarına göre, iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

Tablo 4.37. Hekimlerin Yaşlarına Göre, İletişim Kanallarına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar Arasındaki Farkın Analizi (Varyans Analizi)

	Toplam Kareler	df	Ortalama	F	Anlamlılık Düzeyi
Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.	13,714	6	2,286	2,386	,029
	295,967	309	,958		
Toplam	309,680	315			

Tablo 4.38. Yaş Grupları Arasında Çoklu Karşılaştırmalar (LSD Testi)

(I) Yaş Grubu	(J)Yaş Grubu	Ort. Fark (I) -(J)	Standart Hata	Anl. Düzeyi	% 95 Güven Aralığında Dağılım Düşük	Yüksek
26-30	31-35	,3772	,23815	,114	-,0914	,8458
	36-40	,0769	,22845	,737	-,3726	,5264
	41-45	,2867	,24303	,239	-,1915	,7649
	46-50	,5208*	,24467	,034	,0394	1,0023
	51-55	,5985*	,24835	,017	,1098	1,0872
	56-60	,0333	,32212	,918	-,6005	,6672
31-35	26-30	-,3772	,23815	,114	-,8458	,0914
	36-40	-,3003	,17054	,079	-,6358	,0353
	41-45	-,0905	,18963	,633	-,4637	,2826
	46-50	,1436	,19173	,454	-,2336	,5209
	51-55	,2213	,19640	,261	-,1652	,6077
	56-60	-,3439	,28400	,227	-,9027	,2150
36-40	26-30	-,0769	,22845	,737	-,5264	,3726
	31-35	,3003	,17054	,079	-,0353	,6358
	41-45	,2097	,17730	,238	-,1391	,5586
	46-50	,4439*	,17954	,014	,0906	,7972
	51-55	,5216*	,18452	,005	,1585	,8846
	56-60	-,0436	,27592	,875	-,5865	,4993
41-45	26-30	-,2867	,24303	,239	-,7649	,1915
	31-35	,0905	,18963	,633	-,2826	,4637
	36-40	-,2097	,17730	,238	-,5586	,1391
	46-50	,2342	,19777	,237	-,1550	,6233
	51-55	,3118	,20230	,124	-,0862	,7099
	56-60	-,2533	,28812	,380	-,8203	,3136
46-50	26-30	-,5208*	,24467	,034	-1,0023	-,0394
	31-35	-,1436	,19173	,454	-,5209	,2336
	36-40	-,4439*	,17954	,014	-,7972	-,0906
	41-45	-,2342	,19777	,237	-,6233	,1550

	51-55	,0777	,20426	,704	-,3243	,4796
	56-60	-,4875	,28950	,093	-1,0571	,0821
51-55	26-30	-,5985*	,24835	,017	-1,0872	-,1098
	31-35	-,2213	,19640	,261	-,6077	,1652
	36-40	-,5216*	,18452	,005	-,8846	-,1585
	41-45	-,3118	,20230	,124	-,7099	,0862
	46-50	-,0777	,20426	,704	-,4796	,3243
	56-60	-,5652	,29261	,054	-1,1409	,0106
56-60	26-30	-,0333	,32212	,918	-,6672	,6005
	31-35	,3439	,28400	,227	-,2150	,9027
	36-40	,0436	,27592	,875	-,4993	,5865
	41-45	,2533	,28812	,380	-,3136	,8203
	46-50	,4875	,28950	,093	-,0821	1,0571
	51-55	,5652	,29261	,054	-,0106	1,1409

*Ortalamalar arasındaki fark 0,05 önem derecesinde anlamlıdır.

Elde edilen sonuçlara göre; **"**Hekimlerin yaşlarına göre, iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır." Hı hipotezi "Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler." yargısı için kabul edilmiştir.

Tablo 4.37.'de hekimlerin yaşlarına göre, iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasındaki farkın test edildiği Varyans Analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo 4.38.'de yaş grupları arasında çoklu karşılaştırmaları gösteren LSD testi sonuçları yer almaktadır. Varyans analizi sonucuna göre; 26-30, 46-50 ve 51-55 yaş gruplarında yer alan hekimlerin "Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler." Yargısına ilişkin ortalamaları arasındaki farklılık, α=0,05 düzeyinde anlamlıdır. Yapılan Varyans analizi sonuçlarına göre; "Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler." yargısına düşük yaş grubundaki (26-30 yaş) hekimler, yüksek yaş gruplarındaki (46-50 ve 51-55 yaş) hekimlere göre α=0,05 anlamlılık seviyesinde daha fazla katılmaktadırlar.

Araştırmanın altıncı hipotezi olan "**Hı:** Hekimlerin demografik özelliklerine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin

görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır." temel hipotezini test etmek amacıyla daha önce aşağıda yer alan alt hipotez geliştirilmiştir;

Hı: Hekimlerin meslekteki süresine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

Tablo 4.39. Hekimlerin Meslekteki Süresine Göre İletişim Kanallarına Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar Arasındaki Farkın Analizi (Varyans Analizi)

	Toplam Kareler	df	Ort.	F	Anlamlılık Düzeyi
Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları	9,056	6	1,509	1,551	,039
değerlendirmelidirler.	300,624	309	,973		
Toplam	309,680	315			

Tablo 4.40. Meslek Yılı Grupları Arasında Çoklu Karşılaştırmalar (LSD Testi)

(I) meslek yılı	(J) meslek yılı	Ort. Fark (I) -(J)	Standart Hata	Anl. Düzeyi	95% Güven Aralığında Dağılım Düşük	Yüksek
1-5	6-10	-,1763	,19141	,358	-,5529	,2004
	11-15	,0708	,21117	,738	-,3447	,4863
	16-20	,0952	,21218	,654	-,3223	,5127
	21-25	,2659	,21548	,218	-,1581	,6899
	26-30	,1207	,21324	,572	-,2989	,5402
	31-35	,5083	,32465	,118	-,1305	1,1471
6-10	1-5	,1763	,19141	,358	-,2004	,5529
	11-15	,2471	,18051	,172	-,1081	,6023
	16-20	,2715	,18170	,136	-,0860	,6290
	21-25	,4422*	,18554	,018	,0771	,8073
	26-30	,2969	,18293	,106	-,0630	,6569
	31-35	,6846*	,30560	,026	,0833	1,2859
11-15	1-5	-,0708	,21117	,738	-,4863	,3447
	6-10	-,2471	,18051	,172	-,6023	,1081
	16-20	,0244	,20241	,904	-,3739	,4226
	21-25	,1951	,20586	,344	-,2100	,6001
	26-30	,0498	,20352	,807	-,3506	,4503
	31-35	,4375	,31834	,170	-,1889	1,0639

16-20	1-5	-,0952	,21218	,654	-,5127	,3223
	6-10	-,2715	,18170	,136	-,6290	,0860
	11-15	-,0244	,20241	,904	-,4226	,3739
	21-25	,1707	,20691	,410	-,2364	,5778
	26-30	,0254	,20457	,901	-,3771	,4280
	31-35	,4131	,31902	,196	-,2146	1,0408
21-25	1-5	-,2659	,21548	,218	-,6899	,1581
	6-10	-,4422*	,18554	,018	-,8073	-,0771
	11-15	-,1951	,20586	,344	-,6001	,2100
	16-20	-,1707	,20691	,410	-,5778	,2364
	26-30	-,1453	,20799	,485	-,5545	,2640
	31-35	,2424	,32123	,451	-,3896	,8745
26-30	1-5	-,1207	,21324	,572	-,5402	,2989
	6-10	-,2969	,18293	,106	-,6569	,0630
	11-15	-,0498	,20352	,807	-,4503	,3506
	16-20	-,0254	,20457	,901	-,4280	,3771
	21-25	,1453	,20799	,485	-,2640	,5545
	31-35	,3877	,31973	,226	-,2414	1,0168
31-35	1-5	-,5083	,32465	,118	-1,1471	,1305
	6-10	-,6846*	,30560	,026	-1,2859	-,0833
	11-15	-,4375	,31834	,170	-1,0639	,1889
	16-20	-,4131	,31902	,196	-1,0408	,2146
	21-25	-,2424	,32123	,451	-,8745	,3896
	26-30	-,3877	,31973	,226	-1,0168	,2414

*Ortalamalar arasındaki fark 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Elde edilen sonuçlara göre; **"**Hekimlerin meslekteki süresine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır." Hı hipotezi "Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler." yargısı için kabul edilmiştir.

Tablo 4.39.'da hekimlerin yaşlarına göre, iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasındaki farkın test edildiği Varyans Analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo 4.40.'da yaş grupları arasında çoklu karşılaştırmaları gösteren LSD testi sonuçları yer almaktadır. Varyans analizi sonucuna göre; 26-30, 46-50 ve 51-55 yaş gruplarında yer alan hekimlerin "Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler." Yargısına ilişkin ortalamaları arasındaki farklılık, α=0,05 düzeyinde anlamlıdır. Yapılan Varyans analizi sonuçlarına göre; "Hekimler, bir ilacı ilk

defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.” yargısına düşük yaş grubundaki (26-30 yaş) hekimler, yüksek yaş gruplarındaki (46-50 ve 51-55 yaş) hekimlere göre α=0,05 anlamlılık seviyesinde daha fazla katılmaktadırlar.

Tablo 4.39.’de hekimlerin meslek yılına göre, iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasındaki farkın test edildiği Varyans Analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo 4.40.’da hekimlerin meslek yılı grupları arasında çoklu karşılaştırmaları gösteren LSD testi sonuçları yer almaktadır. Varyans analizi sonucuna göre; 6-10, 21-25 ve 31-35 meslek yılı gruplarında yer alan hekimlerin “Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.” Yargısına ilişkin ortalamaları arasındaki farklılık, α=0,05 düzeyinde anlamlıdır. Yapılan Varyans analizi sonuçlarına göre; “Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.” yargısına düşük meslek yılı grubundaki (6-10) hekimler, yüksek meslek yılı grubundaki (21-25 ve 31-35) hekimlere göre α=0,05 anlamlılık seviyesinde daha fazla katılmaktadırlar.

Araştırmanın altıncı hipotezi olan olan “**Hı:** Hekimlerin demografik özelliklerine göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.” Hipotezine yönelik olarak geliştirilen aşağıda belirtilen diğer alt hipotezler için de T-testi ve Varyans analizi yapılmış ancak istatistiki bakımdan anlamlı sonuçlar elde edilemediğinden analiz sonuçlarını gösteren tablolara burada yer verilmemiştir.

> **Hı:** Hekimlerin uzmanlığına göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.
>
> **Hı:** Hekimlerin mezun olduğu fakülteye göre iletişim kanallarına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

4.11.6. Hekimlerin Mesajın Özelliklerine Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalarının Genel Ortalamadan Farkı

Araştırmanın bu bölümünde hekimlerin mesajın özelliklerine göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalarının genel ortalamadan farklı olup olmadığı test edilmiştir. Bu doğrultuda daha önce geliştirilen araştırmanın 7. hipotezi şu şekildedir;

Hı: Hekimlerin mesajın özelliklerine göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklıdır.

Hekimlerden anketin beşinci sorusunda belirlenen 19 yargıyı değerlendirmeleri istenmiştir. Beşinci soruda yer alan 19 yargıdan beş tanesi hekimlerin mesajın özelliklerine göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına yönelik geliştirilmiş yargılardır.

Hekimlerin mesajın özelliklerine göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalarının, grup ortalamasından yani 4,04'den α=0,05 anlamlılık seviyesinde istatistiki bakımdan farklı olup olmadığını test etmek için t-testi yapılmıştır. α=0,05 anlamlılık seviyesinde dört yargıya ait ortalamalar, genel ortalamadan istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre; **Hı:** Hekimlerin mesajın özelliklerine göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklıdır." Hı hipotezi α=0,05 anlamlılık seviyesinde dört yargı için kabul edilmiştir. "Hekime iletilen mesajın doğru zamanda iletilmesi, ilacın ilk defa tercih edilmesini etkiler." yargısı ile genel eğilim ortalaması arasında α=0,05 anlamlılık seviyesinde istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık olmadığından, bu yargı için Hı hipotezi kabul edilmemiştir.

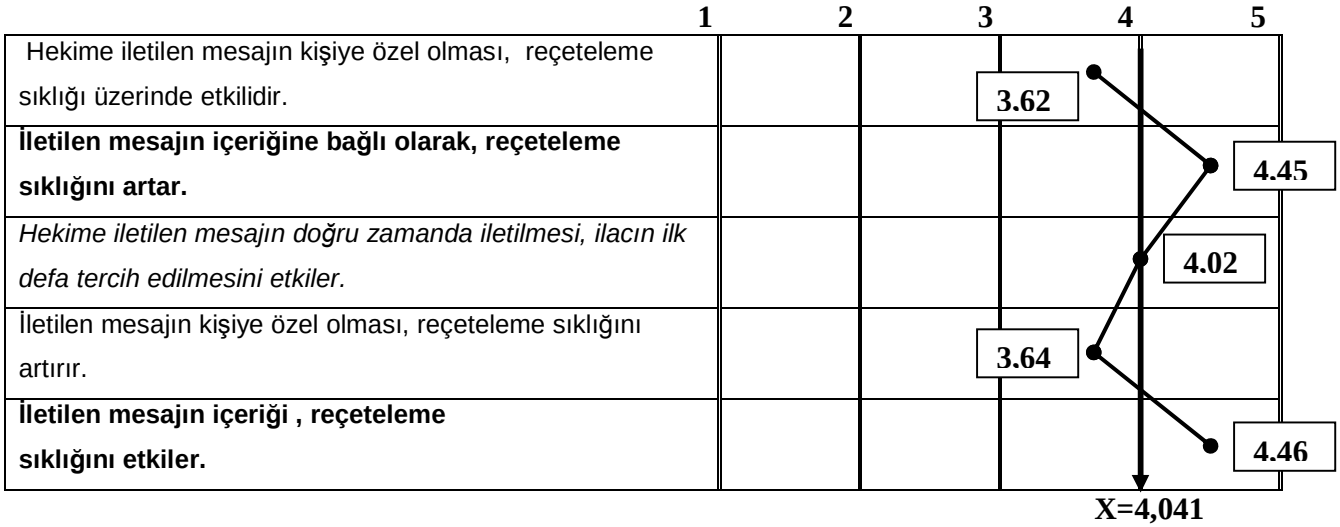
Tablo 4.41. Hekimlerin Mesajın Özelliklerine Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar İle Genel Eğilim Arasındaki Farkın Analizi

	Test Edilen Değer=4,0411				
	Aritmetik Ortalama	**Standart Sapma**	**t**	**df**	**Anlamlılık Düzeyi**
Hekime iletilen mesajın kişiye özel olması, reçeteleme sıklığı üzerinde etkilidir.	3,6203	1,16077	-6,445	315	,000
İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığı artar.	4,4525	,61279	11,935	315	,000
Hekime mesajın doğru zamanda iletilmesi, ilacın ilk defa tercih edilmesini etkiler.	4,0222	,88881	-,379	315	,705
İletilen mesajın kişiye özel olması, reçeteleme sıklığını artırır.	3,6456	1,18496	-5,934	315	,000
İletilen mesajın içeriği , reçeteleme sıklığını etkiler.	4,4652	,66337	11,364	315	,000

Araştırmaya katılan hekimlerden mesajın özelliklerine göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin yargıları değerlendirmeleri istenmiş ve Tablo 4.41'de yer alan aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine ulaşılmıştır. Bu doğrultuda sonuçları şu şekilde özetlemek mümkündür;

- Katılımcılar 3,62'lik ortalama ve 1,16'lık standart sapma ile "Hekime iletilen mesajın kişiye özel olması, reçeteleme sıklığı üzerinde etkilidir." yargısına katılmaktadırlar.
- Katılımcılar 4,45'lık ortalama ve 0,61'lik standart sapma ile "İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığını artar." yargısına katılmaktadırlar.
- Katılımcılar 4,02'lik ortalama ve 0,88'lik standart sapma ile "Hekime mesajın doğru zamanda iletilmesi, ilacın ilk defa tercih edilmesini etkiler." yargısına katılmaktadırlar.
- Katılımcılar 3,64'lük ortalama ve 1,18'lik standart sapma ile "İletilen mesajın kişiye özel olması reçeteleme sıklığını artırır." yargısına katılmaktadırlar.
- Katılımcılar 4,46'lık ortalama ve 0,66'lık standart sapma ile "İletilen mesajın içeriği, reçeteleme sıklığını etkiler." yargısına katılmaktadırlar.

Şekil 4.5. Hekimlerin Mesajın Özelliklerine Göre İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar



Şekil 4.5.'de; 1=Kesinlikle Katılmıyorum**,** 2=Katılmıyorum**,**3=Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum**,** 4=Katılıyorum**,** 5=Kesinlikle Katılıyorum anlamına gelmektedir.

Şekil 4.5.'de hekimlerin mesajın özelliklerine göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerinin, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan farkının profili yer almaktadır. Şekil 4.5.'de koyu tonda belirtilen yargılar, genel eğilim ortalamasının üzerinde olanları, açık tonda belirtilenler genel eğilim ortalamasının altında yer alan yargıları, italik olarak belirtilen ise, genel eğilim ortalamasından anlamlı derecede farklı olmayan yargıyı göstermektedir.

4.11.6.1.Demografik Özelliklere Göre Mesajın Özelliklerine Yönelik İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına ait Ortalamaların Farklılık Analizi

Araştırmanın bu bölümünde hekimlerin bir ilaçla ilgili iletilen mesajın özelliklerine göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerinin, demografik özelliklere göre istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Bu doğrultuda daha önce geliştirilen araştırmanın 8. hipotezi şu şekildedir;

Hı: Hekimlerin demografik özelliklerine göre mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

Araştırmanın sekizinci hipotezi olan "**Hı:** Hekimlerin demografik özelliklerine göre mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır." temel hipotezini test etmek amacıyla daha önce aşağıda yer alan alt hipotez geliştirilmiştir;

Hı: Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölgeye göre mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasında farklılık vardır.

Elde edilen sonuçlara göre; **"**Hekimlerin çalıştıkları coğrafi bölgeye göre, mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalar arasında farklılık vardır." Hı hipotezi "İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığı artar" ve "İletilen mesajın içeriği, reçeteleme sıklığını etkiler." yargıları için α=0,05 anlamlılık seviyesinde kabul edilmiştir**.**

Tablo 4.42. Hekimlerin Çalıştıkları Coğrafi Bölgeye Göre Mesajın Özelliklerine Bağlı Olarak İlacı İlk Defa Reçete Etme Ve Reçete Etme Sıklığına İlişkin Görüşlerine Yönelik Ortalamalar Arasındaki Farkın Analizi

	Coğr. Bölge	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	df	Anlamlılık Düzeyi
Hekime iletilen mesajın kişiye özel olması, reçeteleme sıklığı üzerinde etkilidir.	Avrupa	111	3,7027	1,11677	,929	314	,354
	Asya	205	3,5756	1,18421	,945	237,289	,345
İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığı artar.	**Avrupa**	**111**	**4,5495**	**,59907**	**2,082**	**314**	**,038**
	Asya	**205**	**4,4000**	**,61517**	**2,098**	**230,884**	**,037**
Hekime mesajın doğru zamanda iletilmesi, ilacın ilk defa tercih edilmesini etkiler.	Avrupa	111	3,9640	,89369	-,856	314	,393
	Asya	205	4,0537	,88675	-,854	224,185	,394
İletilen mesajın kişiye özel olması, reçeteleme sıklığını artırır.	Avrupa	111	3,6937	1,13452	,531	314	,596
	Asya	205	3,6195	1,21333	,541	239,006	,589
İletilen mesajın içeriği , reçeteleme sıklığını etkiler.	**Avrupa**	**111**	**4,5225**	**,67213**	**1,131**	**314**	**,035**
	Asya	**205**	**4,4341**	**,65814**	**1,124**	**221,648**	**,034**

İstatistiki bakımdan anlamlı çıkan t testi sonucuna göre; İstanbul'un Avrupa bölgesinde çalışan hekimler "İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığı artar." ve "İletilen mesajın içeriği, reçeteleme sıklığını etkiler." yargılarına; İstanbul'un Asya bölgesinde çalışan hekimlere göre daha fazla katılmaktadırlar.

Tablo 4.42.'de hekimlerin çalıştıkları coğrafi bölgeye göre mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalar arasındaki farkın test edildiği t-testi sonuçları yer almaktadır. Tablo 4.42.'de yer aldığı gibi, "İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığı artar."yargısı için İstanbul'un Avrupa bölgesinde çalışan hekimlere ait aritmetik ortalama değer 4,54 iken, İstanbul'un Asya bölgesinde çalışan hekimlere ait aritmetik ortalama değerin 4,40 olduğu görülmektedir. Aynı sorunun farklı bir ifadeyle sorulduğu "İletilen mesajın içeriği, reçeteleme sıklığını etkiler." yargısına ait İstanbul'un Avrupa bölgesinde çalışan hekimlerin aritmetik ortalama değeri 4,52, İstanbul'un Asya bölgesinde çalışan hekimlerin aritmetik ortalama değeri ise, 4,43 olarak yer almaktadır. Yapılan t testi analizi sonuçlarına göre; İstanbul'un Avrupa bölgesinde çalışan hekimlerle, Asya bölgesinde

çalışan hekimlerin ortalamaları arasında her iki yargı için anlamlı düzeyde farklılık olduğu düşünülebilir. Diğer yargılar için, hekimlerin çalıştıkları coğrafi bölgeye göre istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmanın sekizinci hipotezi olan olan "**Hı:** Hekimlerin demografik özelliklerine göre mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır." Hipotezine yönelik olarak geliştirilen aşağıda belirtilen diğer alt hipotezler için de t-testi ve Varyans analizi yapılmış ancak istatistiki bakımdan anlamlı sonuçlar elde edilemediğinden analiz sonuçlarını gösteren tablolara burada yer verilmemiştir.

Hı: Hekimlerin meslekteki süresine göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

Hı: Hekimlerin çalıştığı kuruma göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

Hı: Hekimlerin uzmanlığına göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

Hı: Hekimlerin yaşına göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

Hı: Hekimlerin cinsiyetlerine göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

Hı: Hekimlerin mezun olduğu fakülteye göre mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamaları arasında istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık vardır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde sonuçlar değerlendirilmekte ve sonuçlardan hareketle önerilerde bulunulmaktadır. "İlaç sektöründe iletişim kanallarına yönelik CRM uygulamalarının hekimlerin ilaç tercihindeki rolü" konulu bu çalışmanın amacı; iletişim kanalının türüne ve mesajın özelliklerine bağlı olarak, hekimlerin ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığı ile hekimlerin demografik özellikleri arasındaki ilişkiyi belirlemek ve demografik özelliklere göre farklılık olup olmadığını tespit etmektir.

Araştırma, CRM uygulamalarının temel amaçlarından biri olan müşterileri segmente ederek daha iyi servis sunma yaklaşımına paralel bir araştırma modeli geliştirilerek, hekimlerin demografik özelliklerine göre ürün tercih etme davranışının farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesini kapsamaktadır. Yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmanın örneği İstanbul'da görev yapan 316 hekimden oluşmaktadır. Katılımcılar İstanbul bölgesinde yer alan 33 tesiste, farklı yaş gruplarında ve farklı sürelerde meslek deneyimleri olan dahiliye, ortopedi, kadın-doğum, fizik tedavi ve aile hekimi gibi farklı dallarda uzmanlık yapan hekimlerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan 316 hekimden 202'si erkek 114'ü ise bayandır. Diğer bir ifadeyle, araştırmaya katılan hekimlerin % 36'sının bayan, % 64'ünün de erkek hekimlerden oluştuğu söylenebilir. Katılımcıların yaş ortalaması, 41,83; Süre bakımından meslekteki tecrübeleri ise, ortalama 15,65 yıldır. Araştırmaya katılan hekimlerin uzmanlık dağılımında 10 aile hekimi, 80 dahiliye uzmanı, 53 fizik tedavi uzmanı, 88 kadın doğum uzmanı ve 85 ortopedi uzmanı yer almaktadır. İstanbul bölgesinin Asya ve Avrupa yakasında yer alan sağlık kurumları araştırmaya dahil edilmiş olup kurumlar; eğitim araştırma hastanesi, üniversite hastanesi, devlet hastanesi ve semt poliklinikleri şeklinde çeşitlilik göstermektedir.

Araştırmanın farklı tesislerde yapılması, ilaç sektöründe iletişim kanallarına yönelik uygulanan CRM uygulamalarının ürün tercihinde hekimlerin çalıştığı tesis türüne göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etme imkanı sağlamıştır. Araştırmada, 36-40 yaşları arasında araştırmaya katılan hekimlerin yüzdesi, diğer yaş aralığındaki hekimlere oranla daha fazladır. 56-60 yaş aralığındaki hekimlerin araştırmaya dahil edilme oranı sadece %5'dir. 31-35 yaş grubundaki hekimler ise %18 oranında araştırmaya dahil edilmişlerdir. Araştırmaya en az dahil olan ikinci sıradaki yaş grubu 25-30 yaş arası hekimlerdir. Bu yaş grubundaki hekimlerin üniversite ya da eğitim araştırma hastanelerinde yer aldıkları bilinmektedir. Araştırmada yüzdesel açıdan hemen hemen eşit dağılan üç yaş grubu bulunmaktadır. 41-45, 46-50 ve 51-55 yaş grubundaki hekimlerin araştırmaya dahil olma oranı ortalama %15 seviyesindedir.

Anket Formunun ilk sorusunda hekimlerden ilaç firmalarının iletişim kanallarına yönelik CRM uygulamalarını hangi yoğunlukta kullandıklarını değerlendirilmeleri istenmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğu İlaç firmalarının sözel iletişim kanalını "en yoğun" oranda kullandığını düşünmektedir. Hekimlerin ikinci sırada "en yoğun" oranda kullanıldığını düşündükleri iletişim kanalı ise, toplantı ve kongrelerdir. Hekimlerin değerlendirmeleri sonucunda, ilaç firmalarının iletişim kanallarına yönelik CRM uygulamalarını kullanma yoğunluğu açısından üçüncü sırada "E-mail" iletişim kanalı yer almaktadır. Sms iletişim kanalının kullanım yoğunluğu açısından dördüncü sırada olduğu tespit edilmiştir. En az yoğunlukta kullanılan iletişim kanalının ise, wap olduğu görülmüştür. Hekimlerin değerlendirmeleri doğrultusunda, sonuç olarak teknolojik ağırlıklı iletişim kanallarının ilaç firmaları tarafından yoğun olarak kullanılmadığı görülmektedir.

Araştırmada yer alan ikinci soruda, hekimlerden bir ilacı ilk defa reçetelemelerinde en etkili olduğunu düşündükleri üç iletişim kanalını sıralamaları istenmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğu sözel iletişim kanalını bir ilacı ilk defa reçetelemedeki etkisi açısından ilk sırada değerlendirmiştir. Hekimler tarafından bir ilacı ilk defa reçetelemeleri açısından ilk sırada değerlendirilen ikinci iletişim kanalı ise toplantı ve kongrelerdir. Yapılan değerlendirmeler doğrultusunda bir ilacı ilk defa

reçeteleme açısından ilk sırada değerlendirilen üçüncü iletişim kanalı ise, Sms'dir. İkinci sırada değerlendirme açısından ilk iki sıralama yoğunluğu değişmezken üçüncü sırada E-mail iletişim kanalı ilk defa reçeteleme açısından hekimlerin değerlendirmeleri arasında yer almıştır. İkinci soru için genel bir değerlendirme yapıldığında, hekimlerin ilk defa reçetelemelerinde sözel iletişim kanalının ve toplantıların önemli olduğu görülmektedir. Ayrıca teknolojik alt yapı gerektiren E-mail iletişim kanallının hekimler tarafından ilk defa reçetelemede sözel iletişim kanalından ve toplantı kongrelerden sonra önemli bulunduğu düşünülebilir.

Anket formunun üçüncü sorusunda hekimlerden tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarını Beşli Likert Ölçeği ile değerlendirmeleri istenmiştir. Hekimlerin büyük bölümü Wap, Sms ve E-mail iletişim kanallarının reçeteleme sıklığını artırmadığını düşünmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin büyük bölümü, Sözel iletişim kanalını ve Toplantı/kongreleri, tercih ettikleri bir ilacın reçeteleme sıklığını "En Çok" artıran araç olarak değerlendirmişlerdir. Hekimlerin tercih ettiği bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarına yönelik CRM uygulamalarına yönelik değerlendirmelerinin ortalaması ise 2,67'dir. Bu ortalamanın altında yer alan iletişim kanalları Wap, Sms ve E-mail iletişim kanallarıdır. Bu ortalamanın üstünde yer alan iletişim kanalları ise sözel iletişim kanalı, toplantı ve kongrelerdir. İkinci soruda ilk defa reçeteleme açısından önemli bulunan E-mail iletişim kanalı reçeteleme sıklığını artırma bakımdan hekimlerin değerlendirmeleri sonucunda oluşan genel eğilim ortalamalarının altında kalmıştır. Elde edilen sonuçlardan yola çıkarak ilaç firmalarının, hekimlerin bir ürünü ilk defa tercih etmelerine yönelik olarak E-mail iletişim kanalını daha yoğun kullanabilecekleri, ancak bir ürünü tercih etme sıklığına yönelik olarak aynı durumun söz konusu olmayacağı düşünülebilir.

Anket formunun dördüncü sorusunda hekimlerin bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini artırdığını düşündükleri özellikleri Beşli Likert Ölçeği ile değerlendirmeleri istenmiştir. Mesajın etki derecesini artıran özelliklerin ortalaması 3,13 olarak bulunmuştur. Bu değerin altında yer alan sadece "mesajın kişiye özel olması" değişkenidir. "Mesajın iletilme sıklığı, zamanlaması ve içeriği" ortalamanın üzerinde yer almaktadır.

Mesajın İçeriği, hekimlerin değerlendirmeleri sonucunda mesajın etki derecesini artıran en önemli özellik olarak tespit edilmiştir. İkinci sırada ise, mesajın iletilme sıklığı hekimler tarafından mesajın etki derecesini artıran bir özellik olarak değerlendirilmiştir. Mesajın zamanlaması, mesajın özelliklerine ait genel eğilim ortalamasından farklılık göstermezken, mesajın kişiye özel olması genel eğilim ortalamasının altında yer almıştır. Elde edilen sonuçlardan yola çıkarak, ilaç firmalarının kullandıkları iletişim kanallarında İstanbul bölgesinde görev yapan hekimler için mesajın içeriğine, önem vermeleri faydalı olabilir.

İlk dört sorudan farklı olarak beşinci soruda hekimlerden ilaç tercihi ve tercih sıklığına yönelik olarak geliştirilen 19 ifadeye ne derece katıldıklarını işaretlemeleri istenmiştir. Beşinci soruyla hekimlerin "iletişim kanalının türü" ve "mesajın özelliklerine" göre ilaç tercihine ait görüşleri Beşli Likert Ölçeği kullanılarak ölçülmeye çalışılmıştır. İletişim kanalının türüne ait 14 ifade ve mesajın özelliklerine ait beş ifade ölçekte yer almış ve yapılan analizler bu doğrultuda gerçekleştirilmiştir.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda, hekimlerin cinsiyeti ile "iletişim kanalına" bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalar arasında "Hekimin ilaç tercihinde, WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir." ve "WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir." yargıları için istatistiki bakımdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Elde edilen analiz sonuçlarına göre, ilaç firmalarının teknolojik alt yapı gerektiren iletişim kanallarını kullanırken hekimlerin cinsiyetini de dikkate almalarının fayda sağlayacağı düşünülebilir.

Beşinci soruda yer alan "iletişim kanallarına" yönelik ifadelerin meslekteki süre ile ilişkisinin incelendiği Korelasyon analizi sonucunda, hekimlerin meslekteki süresi ile iletişim kanalına bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalar arasında "Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler." ve "Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkiler." yargıları için istatistiki bakımdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Hekimlerin değerlendirmeleri doğrultusunda yapılan analiz sonuçlarına göre, ilaç firmalarının

kullandıkları iletişim kanallarında klinik çalışma sonuçlarına yer verirken hekimlerin meslekteki çalışma sürelerini dikkate almaları faydalı olabilir.

Korelasyon analizi sonucunda, hekimlerin yaş grupları ile "iletişim kanalına" bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalar arasında "Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler." ve "Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkiler." yargıları için istatistiki bakımdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Hekimlerin değerlendirmeleri doğrultusunda yapılan analiz sonuçlarına göre, ilaç firmalarının kullandıkları iletişim kanallarında klinik çalışma sonuçlarına yer verirken hekimlerin yaşlarını dikkate almaları faydalı olabilir.

Beşinci soruda yer alan "mesajın özelliklerine" yönelik ifadelerin Korelasyon analizi sonucunda, hekimlerin çalıştığı kurum ile mesajın özelliklerine bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığı arasında "Hekime mesajın doğru zamanda iletilmesi, ilacın ilk defa tercih edilmesini etkiler." yargısı için istatistiki bakımdan anlamlı ilişki bulunmuştur. İlaç firmalarının kullandıkları iletişim kanalında mesajı doğru zamanlama ile iletmeleri konusunda, hekimin çalıştığı kurumu dikkate almaları faydalı olabilir. Yapılan araştırmada, hekimlerin çalıştığı kurumlar, araştırmaya dahil olma yoğunluğu dikkate alınarak, Eğitim Araştırma Hastanesi ve diğer hastaneler şeklinde sınıflandırıldığından, özellikle Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan hekimlere mesajın doğru zamanda iletilmesi konusunda daha hassas davranılması yarar sağlayabilir.

Hekimlerin çalıştığı coğrafi bölge ile "mesajın özelliklerine" bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığı arasında "İletilen mesajın içeriği, reçeteleme sıklığını etkiler." ve "İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığı artar."yargıları için istatistiki bakımdan anlamlı ilişki yapılan korelasyon analizi sonucunda tespit edilmiştir. Sonuç olarak ilaç firmalarının iletecekleri mesajlarda, hekimlerin İstanbul'un Avrupa veya Asya bölgesinde çalışmasına göre mesajın içeriğine daha fazla önem vermeleri faydalı olabilir.

Beşinci soruda yer alan 14 yargı hekimlerin "iletişim kanallarına" göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına yönelik geliştirilmiş yargılardır. Hekimlerin "iletişim kanallarına" göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalarının, grup ortalamasından yani 3,57'den α=0,05 anlamlılık seviyesinde istatistiki bakımdan farklı olup olmadığını test etmek için t-testi yapılmıştır. α=0,05 anlamlılık seviyesinde 13 yargıya ait ortalamalar, genel ortalamadan istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Genel eğilim ortalamasının altında kalan yargıların teknolojik altyapı gerektiren iletişim kanallarına ait yargılar olduğu görülmektedir. Ayrıca klinik çalışma sonuçlarına ait yargıların genel eğilim ortalamasının üzeride yer aldığı tespit edilmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre; **"**Hekimlerin iletişim kanallarına göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalar, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan farklıdır." Hı hipotezi α=0,05 anlamlılık seviyesinde 13 yargı için kabul edilmiştir. "Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır." yargısı ile genel eğilim ortalaması arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık olmadığından, bu yargı için Hı hipotezi reddedilmiştir. Hekimlerin değerlendirmelerinden yola çıkarak ilaç firmalarının, tanıtım temsilcisinin davranış tarzına, toplantı ve kongrelere, klinik çalışma verilerine, daha fazla önem vermeleri faydalı olabilir.

Yapılan t testi sonuçlarına göre; hekimlerin cinsiyetine göre, "iletişim kanallarına" bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalar arasında "Hekimin ilaç tercihinde, WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkilidir."ve "WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir." yargıları için istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak ilaç firmalarının İstanbul bölgesi için, teknolojik ağırlıklı iletişim kanallarını bayan hekimlere yönelik olarak daha yoğun kullanmaları fayda sağlayabilir.

Hekimlerin çalıştıkları coğrafi bölgeye göre, "iletişim kanallarına" bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalar arasında "Tanıtım

Temsilcisinin ilettiği sözel mesajlar, diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde etkilidir.” yargısı için istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin değerlendirmelerinden yola çıkarak, ilaç firmalarının Asya bölgesinde çalışan hekimlere ulaşırken sözel iletişim kanallarını daha fazla kullanmaları yarar sağlayabilir.

Hekimlerin Eğitim Araştırma Hastanesinde ya da Diğer Hastanelerde çalışmalarına göre, “iletişim kanallarına” bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalar arasında “Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır.” yargısı için istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; ilaç firmalarının Eğitim Araştırma Hastanelerinde çalışan hekimlere, bilimsel dergi ve yayınları kullanarak mesajlarını aktarma konusunda ağırlık vermeleri yararlı olabilir.

Hekimlerin yaş gruplarına göre, “iletişim kanallarına” bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamaların “Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.” yargısı için istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği yapılan varyans analizi sonucunda tespit edilmiştir. Bu yargı için yaş gruplarını çoklu olarak karşılaştıran LSD testi yapılmıştır. Çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre; 26-30, 46-50 ve 51-55 yaş gruplarında yer alan hekimlerin “Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.” yargısı için ortalamaları arasındaki farklılık, $\alpha=0,05$ düzeyinde anlamlıdır. Düşük yaş grubundaki (26-30 yaş) hekimler, yüksek yaş gruplarındaki (46-50 ve 51-55 yaş) hekimlere göre “Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.” yargısına daha fazla katılmaktadırlar. Sonuç olarak ilaç firmalarının, düşük yaş grubundaki hekimlere klinik çalışma verilerini daha fazla iletmeleri faydalı olabilir.

Hekimlerin meslekteki sürelerine göre, “iletişim kanallarına” bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamaların “Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.” yargısı için istatistiki

bakımdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği yapılan Varyans analizi sonucunda tespit edilmiştir. Bu yargı için meslek yılı gruplarını Çoklu olarak karşılaştıran LSD testi yapılmıştır. Çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre; 6-10, 21-25 ve 31-35 meslek yılı grubunda yer alan hekimlerin "Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler." yargısı için ortalamaları arasındaki farklılık, α=0,05 düzeyinde anlamlıdır. "Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler." yargısına düşük meslek yılındaki (6-10) hekimler, yüksek meslek yılındaki (21-25 ve 31-35) hekimlere göre α=0,05 anlamlılık seviyesinde daha fazla katılmaktadırlar.

Beşinci soruda yer alan beş yargı hekimlerin "mesajın özelliklerine" göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına yönelik geliştirilmiş yargılardır. Hekimlerin "mesajın özelliklerine" göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin görüşlerine yönelik ortalamalarının, grup ortalamasından yani 4,04'den α=0,05 anlamlılık seviyesinde istatistiki bakımdan farklı olup olmadığını test etmek için t-testi yapılmıştır. α=0,05 anlamlılık seviyesinde dört yargıya ait ortalamalar, genel ortalamadan istatistiki bakımdan anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Genel eğilim ortalamasının altında kalan yargıların mesajın kişiye özel olmasını içeren; "Hekime iletilen mesajın kişiye özel olması, reçeteleme sıklığı üzerinde etkilidir." ve "İletilen mesajın kişiye özel olması, reçeteleme sıklığını artırır." şeklinde ifade edilen yargılar olduğu görülmektedir.

Elde edilen sonuçlara göre; **"**Hekimlerin mesaj özelliklerine göre ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalar, genel eğilim ortalamasından istatistiki bakımdan farklıdır." Hı hipotezi α=0,05 anlamlılık seviyesinde dört yargı için kabul edilmiştir. "Hekime iletilen mesajın doğru zamanda iletilmesi, ilacın ilk defa tercih edilmesini etkiler."yargısı ile genel eğilim ortalaması arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık olmadığından, bu yargı için Hı hipotezi reddedilmiştir. Hekimlerin değerlendirmelerinden yola çıkarak ilaç firmalarının, mesaj içeriğine daha fazla önem vermeleri faydalı olabilir

Hekimlerin çalıştıkları coğrafi bölgeye göre, "mesajın özelliklerine" bağlı olarak ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığına ilişkin ortalamalar arasında "İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığı artar." ve "İletilen mesajın içeriği, reçeteleme sıklığını etkiler." yargıları için farklılık vardır. Yapılan t testi sonucunda; İstanbul'un Avrupa bölgesinde çalışan hekimler "İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığı artar." ve "İletilen mesajın içeriği, reçeteleme sıklığını etkiler." yargılarına; İstanbul'un Asya bölgesinde çalışan hekimlere göre daha fazla katılmaktadırlar. İlaç firmalarının İstanbul'un Avrupa bölgesinde yer alan hekimlere iletecekleri mesajlarda içeriğe daha fazla önem vermeleri faydalı olabilir.

Araştırma sonuçlarını özetlemek gerekirse; İstanbul bölgesinde çalışan hekimlerin, iletişim kanalının türüne ve mesajın özelliklerine bağlı olarak bir ilacı ilk defa reçete etme ve reçete etme sıklığının cinsiyet, çalışılan kurum, coğrafi bölge, yaş ve meslekteki süre ile anlamlı olarak ilişkili olduğu ve bu demografik özelliklere göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. "Uzmanlık" ve "Mezun Olunan Fakülte" demografik değişkenlerine göre anlamlı bir ilişki ve farklılık bulunamamıştır.

Yapılan bu araştırmada CRM uygulamalarının amaçlarından biri olan, müşterileri belirli özelliklerine göre segmente ederek, daha iyi hizmet sunma yaklaşımından hareketle geliştirilen araştırma modeli, demografik özelliklere göre farklılık gösteren iletişim kanallarını ve mesaj özelliklerini belirlemeye imkan sağlamıştır. CRM uygulamalarına yönelik olarak yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu iç müşterilerin değerlendirmelerini içerirken, ilaç sektöründe yapılan bu çalışmada hekimlerin değerlendirmeleri esas alınmıştır. Araştırmanın ilaç firmalarına; sadece İstanbul bölgesindeki hekimler için bir ilacı ilk defa tercih etme ve reçeteleme sıklığını etkileyen iletişim kanallarının ve mesaj özelliklerinin belirlenmesi ile ilgili katkı sağladığı düşünülmektedir. Araştırmanın, zaman ve maliyet kısıtları nedeniyle sadece İstanbul bölgesinde yapılmış olması sonuçların Türkiye'nin tamamı için genellenmesi imkanını vermemektedir. Araştırmanın bundan sonra yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı ve Türkiye genelinde yapılacak bir araştırmayla daha kapsamlı sonuçlara ulaşmanın mümkün olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

Akça, Fevzi : **CRM:Müşteri İlişkileri Yönetimine Giriş**.İstanbul,2003.

Aksoy, Ulukaya: **Stratejik CRM Uygulamaları,** Bilge yayınevi, İstanbul, 2003.

Altunışık ,Remzi ve dig.,: **Sosyal Bilimlerde Arastırma Yöntemleri**, SPSS Uygulamaları,Adapazarı, 2001.

Altunışık, Remzi: **Satış ve Satış Yönetimi**;Sakarya Yayıncılık, Sakarya, 2007.

Altunışık, Özdemir ve Torlak,: **Modern Yönetim Yaklasımları**, Beta Yayınları, İstanbul. 2006.

Baytop,Turhan : **Türk Eczacılık Tarihi,** İ.Ü. Eczacılık Fak. Yayınları, İstanbul,1985.

Bozkurt, İzzet: **Bütünleşik Pazarlama İletişimi,** MediaCat Yayınları, İstanbul,2000.

Bozgeyik, Abdullah: **Rekabet Avantajı için Müşteri İlişkileri Yönetimi: CRM= Başarı**, 1.b. İstanbul: Hayat Yayıncılık, 2000.

Canpolat,Orhan: **İlaç ve İlaç Politikalarına Bakış,** Sena Baskı,Ankara, 2002.

Çoroğlu Coşkun, **Modern İşletmelerde Pazarlama ve Satış Yönetim** 1. Baskı,İstanbul, Alfa Aktüel Kitabevi, 2002.

Güven,Kasım: Cemal **Eczacılık Teknolojisi,** Modern Reprodüksiyon,İ.Ü.E.F. yay. İstanbul, 1987.

Greenberg, P. : **CRM at the Speed of Ligh, Berkeley**, McGraw Hill,2001.

Groth, R.,: **Data Mining: Building Competitive Advantage**, Prentice-Hall, Inc. 2000.

Homans, George C. : **Social Behavior as Exchange,** Small Groups, Ed. by. A. Paul Hare, Edgar R. Bogotta, Robert F. Bales, New York, Alfred A. Knopf, 1962.

İslamoğlu, Ahmet H.,: **Tüketici Davranışları.** Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Basımevi. 1996

Kotler, Philip: **Kotler ve Pazarlama**, Çeviren:Ayşe Özyağcılar, SistemYayıncılık, İstanbul, 2000.

Kurtulus**,** Kemal : **İşletmelerde Aras**tırma Yöntem Bilimi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No: 210, İşletme İktisadı Enstitüsü Yayın No: 106, İstanbul 1989.

Kurtuluş, Kemal: **Pazar Araştırmaları: Genişletilmiş ve Gözden Geçirilmiş 8.Basım,** İstanbul,Literatür Yayıncılık, 2006.

Kırım, Arman: **Strateji ve Bire-Bir Pazarlama (CRM),** Sistem Yayınları, İstanbul, 2001.

Markus, M.L., Tanis,: **The enterprise system experience - from adoption to success**, in Zmud, R.W. (Eds),Framing the Domains of IT Research: Glimpsing the Future Through the Past, Pinnaflex Educational Resources, Cincinnati, OH, 2000

Mucuk, İsmet: **Pazarlama İlkeleri**, Türkmen Kitabevi, İstanbul,2003.

Parıltı, Nurettin: **Kişisel Satış Yönetimi ve Organizasyon,** Gazi Kitapevi, Ankara, 2003.

Payne, L.: **Relationship Marketing: The UK Perspective, in Handbook of Relationship Marketing,** Jagdish N.Sheth and Atul Parvatiyar, eds. Thousand Oaks, CA:Sage Publications, 2002.

Persson, Petra : **Costumer Relationship Management and a CRM System Can Be Used in The Sales Proses**,2004.

Say, Güngör: **Türk İlaç Sanayinin Yapısal Özellikleri,** Ankara Eczacı Odası, Ankara,1977.

Seybold, Patricia B. Ronni T. Marshak **:** **Müşteri Com İnternet'te Daha Karlı Bir İş Stratejisi Nasıl Yaratılır**, Çev:Ezgi Sungur, Epsilon Yayıcılık, İstanbul, 2001.

Soyer, Ata: **İlaç Endüstrisinde Küreselleşme**, Doga Basın Yayın, İstanbul, 1999.

Swift, Ronald S.: **Accelerating Customer Relationships**, Prentice Hall PTR A Pearson Education Company, Upper Saddle River, 2001.

Şakrak, Münir: **Maliyet Yönetimi**, Yasa Yayınları, İstanbul, 1997.

Taşkın, Erdogan: **Müşteri İlişkileri Eğitimi**, 1. baskı, İstanbul, Papatya Yayıncılık, 2000.

Taşpınar, Hasan: **Bilisim Altyapısıyla CRM** :Seçkin Yayıncılık,İstanbul,2005.

Thomas L., : **The Future Of Pharmacetucals, Biomedical Science and Human Healt**, John Wiley&Sons, New York, 1981.

Odabaşı, Yavuz: **Satışta ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi**,İstanbul, Sistem yayıncılık, 2000

Özdamar,Kazım: **Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analizi**-1, Kaan Kitabevi, 2. Baskı,Eskisehir, 1999.

Wang, Y., Lo, H.P., Chi, R., & Yang,: An integrated framework for customer value and customer relationship management performance: a customer-based perspective from China**.** ***Managing Service Quality***, 2004.

Wayland, Robert E.,Paul M.Cole,: **Müşteri Bağlantıları**, Editör:Ünal ÇAĞLAR , Alfa Yayınları, İstanbul, 2000, s.107.

Wells, William, and Burnett, John, Moriarty, Sandra,: **Advertising Principles and Practice,** Fourth Edition, Prentice-Hall, New Jersey, 1998.

SÜRELİ YAYINLAR

Acuner, Şebnem Akın: **"Müşteri İlişkilerinde Hareket Noktası: Müşteri Memnuniyeti ve Ölçümü"** Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları,2001,s.3.

Akbay, Sibel : "Türkiye'de Ortaklaşa Rekabet", **Capital,** Yıl;8, Sayı;2006, Haziran 2000, s.185.

Alphan, Erkan: "Kisisel Tedavi İçin Yurtdısından İlaç Getirilmesi Hizmeti Gümrük Engeline Takıldı", **Türk Eczacılar Birlig**i **Aylık Yayın Organı**, Subat 2000,s.18.

Arbak Yasemin, Saatçioğlu Ömür,: **İlişkin Bir Model Analizi",** Üçüncü Verimlilik Kongresi Bildirileri, MPM Yayınları;599, Ankara, 4-16 Mayıs 1997

Argyris, C. and Schön, D : **Organizational learning II:** Theory, method and practice, Reading, Mass: Addison Wesley.1996,s.118

Belge, Murat : **Eczacılık,Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi,** cilt 7, İletisim Yay.İstanbul, 2001.

Bozgeyik, Abdullah : **CRM niçin Önemli?** Ve CRM Nasıl Rekabet Avantajı Sağlar?, ActiveDergisi, Kasım-Aralık 2001, Sayfa 2

Bochner, S. ve Heskett, B., : "Power Distance, Individualism/Collectivism, & Jobrelated Attitudes in a Culturally Diverse Work Groups", **Journal of Cross-Cultural Psychology**, 25, 1994, s. 164

Danzon: Chao Does regulation drive out competition in the pharmaceutical market?, in **Journal of Law & Economics**, vol. 43, 2000,s.1.

Davids, M.: **'How to avoid the 10 biggest mistakes in CRM?',** The Journal of Business Strategy, Nov/Dec., Vol. 20, No. 6, s.25,1999.

DeSouza, G.: 1992 “Designing a Customer Retention Plan, **The Journal of Business Strategy**, 13 (2), 24.

Di Masi, J.A., Hansen, : "Cost of innovation in the pharmaceutical industry", ***Journal of Health Economics,*** Vol. 10 pp.42,1991

Domaç, Mehmet: “İlaç Endüstrisi, sorunları ve Çözüm Önerileri”, **Türk Eczacılar Birli**g**i Aylık Yayın Organı**, Ekim, 1996, s.14.

Kaya, Turgut : “İlaç Sanayinin Gelecegi” ,**Aylık Güncel Eczacılık Dergisi**, Mayıs 2002, s.47.

Kıral, C**.,:** **“İnsan Faktörü**” CRM Pro, Sayı 3 ,s.37 Haziran 2004

Kim,Hee-Woong : **“A Process Model For Successfull CRM System Development”**, July/August, 21(4), s. 22, 2004

Lee Dick **, :** **The Customer Relationship Management Planning Guide** V2.0, CRM Steps 1&2, Customer- centric Planning&Redesigning Roles, NewYork, 2000 s.79.

Morgan, Robert M. and Shelby D. Hunt: “The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing,” Journal of Marketing, 58 (July), s.33,1994.

Nasır, Süphan: "Developing A CRM Model For Luxury Automobile Brands", **7th International Conference on Customer Relationship Management and Relationship Marketing**, Berlin, June 22nd–25th 2003.s.215

Peeler C.Lee,: Pharmaceutical Advertising: Afederal Trade Comission Perpective, Promotion of Pharmaceutical: Issues, Trends Options, Howert Pres, New York, 1992.s.2

Reichheld,F.F., Teal,T.,: ''The Loyalty Effect'': **Harvard Business School Press**,1996.

Riger,Alev: "Avrupa İlaçtaki Önderliğini ABD'ye Kaptırdı", **Paramatik**, Temmuz 1999, s.47.

Sutton, S.,: In AED, Social Marketing: Views from Inside the Government. 30th Anniversary Seminar

Soyer P, Bluemke DA, Fishman EK. : CT during arterial portography fort he preoperative evaluation of hepatic tumors.: how, when, and why? **AJR** v.163 1999;s.18 .

Shimp,: **Journal of Retailing** Volume 82, Issue 2, 2006, Pages 127-136

Takır, Selçuk: "Hastalıkların Tedavisinde Hasta, Hekim ve Eczacı ilişkisi", **İstanbul Eczacı Odası Havan Haber Dergisi**, Mayıs 2005, s.8

Türkoğlu,Faruk: "İlaçta Stratejik İttifak Dönemi", **Ekonomist**, (21 Eylül 1997),s.39.

Okumuş,Abdullah, Temizerler,Zehra: ''Süpermarket Müşterilerinin Mağazaya olan Bağlılık Derecesine Göre Pazar Bölümlerinin Tanımlanması ve Bölümler Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi''**İşletme İktisadı Enstitüsü Yönetim Dergisi,**Yıl:17, No:54,2006, s.51.

Öçer, A. ve Bayuk N.,: Müşteri Memnuniyeti. **Pazarlama Dünyası**, Mart/Nisan 2001.

Ülker, Mert.,: "Sektör Analizi: İlaç Sektörünün İlaç Fiyatlandırması", **Global Bülten**,(Ekim 1999), s.12

Yereli,Ayse N.: "Yönetim ve Ekonomi", **Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Yıl: 2001, Cilt:7, Sayı 1, s. 10.

Yi, Youjae,: "A Critical Review of Consumer Satisfaction," **Review of Marketing**, Vol. 4, page 101. 1990

IEIS Yayınları **,:** **İlaç ve İlaç Endüstrisi,** Ankara, 1984, s.23.

DPT Uzmanlık Tezleri: **Türkiye'de İlaç Sanayinin Bugünü ve AT ile İlişkiler Çerçevesinde Gelisimi,** Ankara, 1993, s.14

DPT Yayınları: **5. Beş Yıllık Kalkınma Planı,** ÖİK_399 Raporu, Ankara, DPT Yayınları, 1991

TEZLER

Akdın, Funda: **Lojistik Rekabette Müşteri İlişkilerinin Yeri ve Önemi**, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2006.

Dündar, Sema: **Tüketici Tatmini ve Genel Olarak Yaşamdan Duyulan Tatmin Arasındaki İlişki(Bir Pilot Araştırma),** Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1993.

Keser,Ercan: **Müşteri Yaşam Boyu Değeri'nin Analizi: Erzurumdaki Serbest Muhasebeci ve Mali Müşavirler Üzerinde Bir Uygulama,** Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2008 s. 37.

Baran, B.,: **Enformasyon Teknolojilerinin Müsteri İlişkileri Yönetiminde Kullanılması ve Bireysel Bankacılık Uygulamalarına Dönük Bir Model Önerisi**, I.T.Ü.Yüksek Lisans Tezi,Haziran 2001, s.13-14

Çalışkan, Serpil: **Satış yönetiminde müşteri ilişkilerinin geliştirilmesi ve zihin dili programlama (NLP) tekniğinin bir satış eğitim modeli olarak uygulanabilirliği**, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2006, s.17.

Nam,Esra: **CRM ve Günümüz Şirketlerinin Müsteri Odaklılık Seviyelerini Ölçmeye Yönelik Bir Model Önerisi,** Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2002, s.20

Yükselen, A. Cenk : **Hekimlerin İlaç Tercihlerinde Pazarlamanın Önemi Ve Seçim Kararlarına Etkili Pazarlama Vasıtalarının Belirlenmesine Yönelik Pilot Arastırma**, Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fak. , İstanbul, 2002.

Yüksel, Cenk A.: **İlaç Pazarlaması Reçetesiz İlaçlara Karşı Türk Eczacılarının Kanaat ve Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Pilot Bir Araştırma,** Doktora Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fak. , İstanbul, 2000.

Hepkaya,S.: **Türk İlaç Endüstrisinde Yönetici Geliştirme Faaliyetleri,** Yüksek Lisans Tezi, Ankara Ü. Sağlık Bilimleri Ens. Ankara.2002,s.47.

İNTERNET KAYNAKLARI

Belch ve Belch, : Introduction to Advertising and Promotion: An Integrated Marketing Communications www.microsoft.com(Çevrimiçi) Mart 2009

Buckinx, Wouter & Van den Poel, Dirk,: ," European Journal of Operational Research, Elsevier, vol. 164(1), pages 252-268, July(Çevrimiçi) http://ideas.repec.org/p/rug/rugwps Eylül 09

Eymen,U.Erman: SPSS 15.00 ‘’Veri Analiz Yöntemleri’’(Çevrimiçi) www.istatistikmerkezi.com ocak 2010,s.92

Ergunda, İbrahim: ‘’Müşteri Odaklılık’’(Çevrimiçi) http://www.danismend.com/ 12 Aralık 2009

Ertüreten,Ebru : **“Yeni Ekonomi”,** (Çevrimiçi) http://inettr.org.tr/inetconf7/bildiriler2009

Gallgher,R.: ’’What Role Does Culture Play in CRM?’’,(Çevrimiçi) http://www.crmindustry.com ,29 Nisan 2009.

Gordon : (Çevrimiçi)http://ujdigispace.pdfNis. 2009

Gren ,Jerry: (Çevrimiçi)http://www.infed.org/htmMayıs 2009

Hamsioğlu,Ahmet Buğra: “Pazarlamada Yeni Açılım: Birebir Pazarlama Ve Müşteri İlişkileri Yönetiminin Değerlendirilmesi”,(Çevrimiçi)www.manas.kg/pdf/sbdpdf9/Hamsioglu.pdf, 2009.

Markus and Robey’s: Causal Structure to Examine User Technology Acceptance Research: A New

Approach," Journal of Information Technology Theory and Application (JITTA), 8:2, 2006, s.21. (Çevrimiçi)http://melody.s.pdf Haziran 2009

Nevin, John R.: Relationship Marketing and Distribution Channels: Exploring Fundamental Issues. Journal of the Academy of Marketing Science 23 ,2009:s. 329. (Çevrimiçi)http://www.sbaer.uca.pdf

Perspective,Irwin,Homewood,: (Çevrimiçi)http://www.jm_iii.pdfOcak 2009.

Sevindik, Alp: "Türkiye'de İlaç Geri Ödeme Sisteminde Son Gelişmeler ve Günümüzdeki Durum" sunumundan,Kapadokya,2009. (Çevrimiçi)AİFD.com.tr

Süzer, Hande D.: **"CRM İşe Yaradı mı?"**, Digital-Capital Dergisi, yıl: 4,sayı:6,Ekim2004,s.8.

Shahnam, Liz: CRM,(Çevrimiçi)://www.microsoft.com Aralık 2009.

Şentürk, Orhan: *"CRM'in Önemi",(Çevrimiçi)* www.crmhaber.com/ins&nid=89 , 02.06.2009

Okudan, K.,: Müsteri iliskileri Yönetimi(CRM: Customer Relationship Management): http://www.ytukvk.org.tr/(Çevrimiçi)

Ocak 2010

Usta, Yeşim: "Kurumsal Bilgi Portalları"(Çevrimiçi), http://www.danismend.com/,2010

Yılmaz, Kamil: "Türkiye İçin Doğrudan YabancıYatırım Stratejisi'ne Doğru" Koç Üniversitesi, s.54 (Çevrimiçi) http://www.yased.org.tr/webpo-TR.pdf 28 Ocak 2010.

Whiteley ,Richard & Hessan,Diane: *Customer Centered Growth* ; Addison Wesley Publishing Company, Canada.(Çevrimiçi) http://crmlab.clubs.bilkent.edu.tr/crm/crmveteknoloji.html Kasım2009

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği Yayınlar, "2009 AİFD Raporu"(Çevrimiçi) http://www.aifd.org.tr/anasayfa.aspx Ocak 2010

---: http://www.ba.metu.edu.tr/~manclub/yayinlar/glokal/pazarlama/crm.html,05.06.2007

SGK Kaynakları(Çevrimiçi)sgk.gov.tr Ocak2010

www.microsoft.com(Çevrimiçi Mart, 2009.

Klinik Farmakoloji Derneği Yayınları(Çevrimiçi)http://www.kfd.org.tr/?q=node/134Kasım 2009

http://www.tdk.gov.tr/TR/SozBul.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF05A79F75456518CA. (Çevrimiçi),24.02.2009

EKLER BÖLÜMÜ

EK 1 :FREKANS DAĞILIMI TABLOLARI

Ek Tablo 1. EAH/Diğer Hastanelerde Görev Yapan Hekimlerin Cinsiyet Dağılımı(%)

			CİNSİYET		*TOPLAM*
GÖREV			BAYAN	ERKEK	
YAPILAN	EAH	Frekans	63	105	168
SAĞLIK		(%)	55,3%	52,0%	53,2%
KURUMUNUN	Diğer Hast.	Frekans	51	97	148
TÜRÜ		(%)	44,7%	48,0%	46,8%
Toplam		Frekans	114	202	316
		(%)	100,0%	100,0%	100,0%

Ek Tablo 2. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlığına Göre Cinsiyet Dağılımı(%)

			CİNSİYET		*TOPLAM*
			BAYAN	ERKEK	
UZMANLIK	Ortopedi	Frekans		85	85
		(%)		42,0%	26,8%
	Kadin-Doğum	Frekans	46	42	88
		(%)	40,3%	20,8%	27,8%
	Fizik Tedavi	Frekans	31	22	53
		(%)	27,3%	10,9%	16,9%
	Dahiliye	Frekans	33	47	80
		(%)	28,9%	23,3%	25,3%
	Aile Hekimi	Frekans	4	6	10
		(%)	3,5%	3,0%	3,2%
Toplam		Frekans	114	202	316
		(%)	100,0%	100,0%	100,0%

Ek Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Meslekteki Sürelerine Göre Cinsiyet Dağılımı(%)

			CİNSİYET		*TOPLAM*
			BAYAN	ERKEK	
MESLEKTEKİ SÜRE	1-5 Meslek Yılı	Frekans	13	29	42
		(%)	11,4%	14,4%	13,3%
	6-10 Meslek Yılı	Frekans	28	49	77
		(%)	24,6%	24,3%	24,4%
	11-15 Meslek Yılı	Frekans	19	29	48
		(%)	16,7%	14,4%	15,2%
	16-20 Meslek Yılı	Frekans	14	33	47
		(%)	12,3%	16,3%	14,9%
	21-25 Meslek Yılı	Frekans	19	25	44
		(%)	16,7%	12,4%	13,9%
	26-30 Meslek Yılı	Frekans	15	31	46
		(%)	13,2%	15,3%	14,6%
	31-35 Meslek Yılı	Frekans	6	6	12
		(%)	5,3%	3,0%	3,8%
Toplam		Frekans	114	202	316
		(%)	100,0%	100,0%	100,0%

Ek Tablo 4. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Cinsiyet Dağılımı(%)

			CİNSİYET		*TOPLAM*
			BAYAN	ERKEK	
YAŞ GRUPLARI	26-30 Yaş	Frekans	8	16	24
		(%)	7,0%	7,9%	7,6%
	31-35 Yaş	Frekans	21	36	57
		(%)	18,4%	17,8%	18,0%
	36-40 Yaş	Frekans	27	51	78
		(%)	23,7%	25,2%	24,7%
	41-45 Yaş	Frekans	16	34	50
		(%)	14,0%	16,8%	15,8%
	46-50 Yaş	Frekans	21	27	48
		(%)	18,4%	13,4%	15,2%
	51-55 Yaş	Frekans	19	25	44
		(%)	16,7%	12,4%	13,9%
	56-60	Frekans	2	13	15
		(%)	1,8%	6,4%	4,7%
Toplam		Frekans	114	202	316
		(%)	100,0%	100,0%	100,0%

Ek Tablo 5. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mezun Oldukları Fakülteye Göre Cinsiyet Dağılımı(%)

			CİNSİYET		*TOPLAM*
			BAYAN	ERKEK	
MEZUN OLUNAN FAKÜLTE	Ankara Ünv.Tıp Fakt.	Frekans	8	22	30
		(%)	7,0%	10,9%	9,5%
	Cerrahpaşa Ünv. Tıp Fakt.	Frekans	28	28	56
		(%)	24,6%	13,9%	17,7%
	Çukurova Ünv. Tıp Fakt.	Frekans	1	8	9
		(%)	,9%	4,0%	2,8%
	Dicle Ünv. Tıp Fakt.	Frekans	4	4	8
		(%)	3,5%	2,0%	2,5%
	Dokuz Eylül Ünv. Tıp Fakt.	Frekans	6	11	17
		(%)	5,3%	5,4%	5,4%
	Hacettepe Ünv. Tıp Fakt.	Frekans	20	54	74
		(%)	17,5%	26,7%	23,4%
	Harran Ünv. Tıp Fakt.	Frekans	2	6	8
		(%)	1,8%	3,0%	2,5%
	İstanbul Ünv. Çapa Tıp Fakt.	Frekans	32	44	76
		(%)	28,1%	21,8%	24,1%
	Marmara Ünv. Tıp Fakt.	Frekans	13	25	38
		(%)	11,4%	12,4%	12,0%
Toplam		Frekans	114	202	316
		(%)	100,0%	100,0%	100,0%

Ek Tablo 6. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Çalıştıkları Coğrafi Bölgeye Göre Cinsiyet Dağılımı(%)

			CİNSİYET		*TOPLAM*
			BAYAN	ERKEK	
COĞRAFİ BÖLGE	Avrupa Bölg.	Frekans	41	70	111
		(%)	36,0%	34,7%	35,1%
	Asya Bölg.	Frekans	73	132	205
		(%)	64,0%	65,3%	64,9%
Toplam		Frekans	114	202	316
		(%)	100,0%	100,0%	100,0%

EK 2: ANKET FORMU



İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Pazarlama Anabilim Dalı
Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Pazarlama Bilim Dalı **Yüksek Lisans Tez** çalışması kapsamında Türkiye'deki ilaç firmalarının "Müşteri ilişkileri Yönetimi (CRM)" uygulamalarını ve CRM uygulamalarının şirketlere sağladığı faydaların değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Anketi doldurmak için ayıracağınız değerli vaktiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Sizlerden gelecek bilgiler, **sadece analiz amacıyla kullanılacak ve tamamen gizli kalacaktır**.

Değerli görüşleriniz için tekrar teşekkür eder, saygılar sunarım.

Olkan Budak
İLETİŞİM BİLGİLERİ:
E-mail: olkan_budak@hotmail.com
Tel : 0533 6572940

ANKET FORMU

1. Size göre ilaç firmaları hekimlere ulaşırken aşağıda belirtilen iletişim kanallarını hangi yoğunlukta kullanmaktadır, uygun yerlere işaret koyarak belirtiniz.

	En Az (1)	(2)	(3)	(4)	En Yoğun (5)
WAP					
SMS					
E-MAİL					
SÖZEL					
DİĞER(Belirtiniz).....					

2. Bir ilacı ilk defa reçetelemenizde en etkili olduğunu düşündüğünüz iletişim kanallarından sadece üçünü öncelik sıralaması yaparak belirtiniz.

	Öncelik Derecesi (1), (2), (3)
WAP	
SMS	
E-MAİL	
SÖZEL	
DİĞER(Belirtiniz).....	

3. Tercih ettiğiniz bir İlacın reçeteleme sıklığını artıran iletişim kanallarını uygun karelere (X) işareti koyarak belirtiniz.

	En Az (1)	(2)	(3)	(4)	En Çok (5)
WAP					
SMS					
E-MAİL					
SÖZEL					
DİĞER(Belirtiniz).....					

4. Bir ilaçla ilgili iletilen mesajın etki derecesini artırdığını düşündüğünüz özellikleri uygun karelere (X) işareti koyarak belirtiniz.

	En Az (1)	(2)	(3)	(4)	En Çok (5)
Mesajın iletilme sıklığı					
Mesajın zamanlaması					
Mesajın içeriği					
Mesajın kişiye özel olması					
DİĞER(Belirtiniz).					

5. Aşağıdaki ifadeler hakkındaki düşüncelerinizi uygun karelere (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
Hekimler, bir ilacı ilk defa tercih ederken mutlaka klinik çalışmaları değerlendirmelidirler.					
Bilimsel toplantı ve kongreler bir ilacın ilk defa tercih edilmesinde etkilidir.					
Tanıtım Temsilcisinin bilgi ve eğitim düzeyi tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artırır.					
Hekimin ilaç tercihinde, Bilimsel toplantı ve kongrelerin etkisi son derece sınırlıdır.					
Bir ilacı tercih etmeden önce mutlaka internet üzerinden bilimsel yayınlara ulaşılmalıdır.					
Hekimin ilaç tercihinde, WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanallarının kullanılması etkili değildir.					
Bir ilacın tercih edilmesinde bilimsel dergi ve yayınların etkisi son derece fazladır.					
Hekimin katıldığı toplantı ve kongrenin bilimsel etkinliği, katılım sponsorluğuna oranla ilaç tercihinde daha fazla etkilidir.					
Tercih edilen bir ilacın reçeteleme sıklığını artıran en önemli faktör satış temsilcisinin davranış tarzıdır.					
Bilimsel toplantı ve kongre sponsorluğu hekimin ilaç tercihinde etkilidir.					
WAP, SMS ve E-Mail gibi iletişim kanalları hekimlerin ilaç tercihinde etkilidir.					
Klinik çalışmalar; hekimlerin ilaç tercihlerini etkilemez.					
Bilimsel toplantı ve kongreler diğer tanıtım faaliyetlerine oranla ilaç tercihinde daha etkilidir.					
Tanıtım Temsilcisinin ilettiği sözel mesajlar, diğer tanıtım faaliyetlerine oranla hekimin ilaç tercihinde daha etkilidir.					
Hekime iletilen mesajın kişiye özel olması, reçeteleme sıklığı üzerinde etkili değildir.					
İletilen mesajın içeriğine bağlı olarak, reçeteleme sıklığı artar.					
Hekime mesajın doğru zamanda iletilmesi, ilacın ilk defa tercih edilmesini etkiler.					
İletilen mesajın kişiye özel olması, reçeteleme sıklığını artırır.					
İletilen mesajın içeriği, reçeteleme sıklığını etkilemez.					

6. MESLEK YILI	
7. ÇALIŞTIĞI KURUM	
8. UZMANLIK	
9. YAŞ	
10. CİNSİYET	
11. MEZUN OLDUĞU FAKÜLTE	